VI Lecciones en Salud Social y Ambiental

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

Octubre 2019

SOCIFOSA

Salud Social y Ambiental: Problemas Sociales y de Actualidad. Libro Provisional

Edición Octubre 2019

Autores y compiladores de la obra:

Fernández López, Antonio José.

Moreno Alfaro, Manuel.

Fernández López, Miguel.

De Prados González, Cristina.

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria (SOCIFOSA)

Fecha publicación: 03/Octubre/2019

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

El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias, reflejando las opiniones, investigaciones, textos, ilustraciones e iconografía propios de los atores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo la editorial ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra.

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

ISBN: 978-84-120275-7-0

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

Producción editorial por SOCIFOSA.

Email: Contacto@cienciasanitaria.es // **WEB:** https://cienciasanitaria.es/

ÍNDICE DE CAPÍTULOS
TOMO I

- Tema 1. **ALZHEIMER: RECURSOS SOCIO-SANITARIOS.**
- ***CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA***
- Tema 2. **ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEMENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA ENFERMERO.**
- ***MARTA RIVERA GONZÁLEZ, FRANCISCO JAVIER CASAMAYOR FERNÁNDEZ***
- Tema 3. **ASMA BRONQUIAL.**
- ***EDITA RAKASENE., LUZMILA SALCAN***
- Tema 4. **BULLYNG,UN DEMONIO ENTRE COMPAÑEROS.**
- ***ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ, BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, Mª PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ***
- Tema 5. **CÁNCER DE COLON**
- ***CINTIA PUEYO BOROBIA, CARLA PUEYO BOROBIA***
- Tema 6. **ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO QUE AFECTA A LOS HIJOS.**
- ***RAMÓN ORTEGA TORTOSA, SONIA LUIS ARGANDOÑA***
- Tema 7. **ABORDAJE DE ENFERMERÍA ANTE LA MALA HIDRATACIÓN EN EL ANCIANO.**
- ***RAMÓN ORTEGA TORTOSA, SONIA LUIS ARGANDOÑA***
- Tema 8. **ATENCIÓN A LOS FACTORES FÍSICOS Y MECÁNICOS EN EL TRANSPORTE DE PACIENTES.**
- ***ROGER DANIEL PLASENCIA MEDINA***
- Tema 9. **TURNICIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
- ***SUSANA MARTIN LORENTE***
- Tema 10. **FISIOTERAPIA EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.**
- ***GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 11. **FUENTES DE ESTRÉS EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA REALIZACIÓN DE SUS PRÁCTICAS CLÍNICAS.**
- ***JOSÉ MARÍA SUÁREZ GARCÍA***
- Tema 12. **EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MEDIANTE TERAPIA ASISTIDA CON PERROS, EN JÓVENES VIOLENTOS DE ENTRE 16-18 AÑOS EN UN CENTRO DE EDUCACIÓN E INTERNAMIENTO POR MEDIDAS JUDICIALES EN ZARAGOZA.**
- ***BEATRIZ ARTAL GARCIA***
- Tema 13. **CELADORES A TURNOS. INFLUENCIA EN LA SALUD Y EN EL DESEMPEÑO DE FUNCIONES.**
- ***JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN***
- Tema 14. **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**
- ***ANA VIOR LÓPEZ , ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO***
- Tema 15. **DEPRESION EN LOS ANCIANOS.**
- ***ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ***
- Tema 16. **EL DESCONOCIDO ESTRÉS LABORAL BURNOUT.**
- ***BIBIANA NUÑO PÉREZ, CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, TANIA Mª PRIETO FERNÁNDEZ, SILVIA Mª PRIETO FERNÁNDEZ***
- Tema 17. **TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).**
- ***MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ***
- Tema 18. **EL RECICLAJE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.**
- ***CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, BIBIANA NUÑO PÉREZ, SILVIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ, TANIA PRIETO FERNÁNDEZ***
- Tema 19. **EL SÍNDROME DE BURNOUT SERÁ ENFERMEDAD PROFESIONAL EN 2022.**
- ***LAURA RODRÍGUEZ PIÑERA, MARIA DEL MAR RODDRÍGUEZ PIÑERA***
- Tema 20. **EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC).**
- ***TAMARA LÓPEZ HEVIA, REBECA LÓPEZ HEVIA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 21. **ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**
- ***LAURA GARCÍA CARBONELL, JUAN FERNANDO CUENCA NAVARRO***
- Tema 22. **EL NIÑO MALTRATADO.**
- ***EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ***
- Tema 23. **HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO PARA EL PERSONAL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS.**
- ***JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO, PATRICIA VILLAMIL GARCÍA, ROSA MARÍA LÓPEZ COSMEA***
- Tema 24. **HEMOGLOBINA Y COOXIMETRIA.**
- ***MARÍA ELENA AGUILERA MESEGUER, MARÍA DOLORES MORENO GARCÍA, NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ, LIDIA RODRÍGUEZ LÓPEZ***
- Tema 25. **LA INCONTINENCIA URINARIA (IU)EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER.**
- ***LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ***
- Tema 26. **LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES DE SALUD MENTAL EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.**
- ***JÉSICA MARA LÓPEZ POLA, ARANZAZU RODRÍGUEZ POLA, ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ, MONSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ***
- Tema 27. **CUIDANDO AL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**
- ***VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ, MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ, BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ***
- Tema 28. **LAS PROTEINAS.**
- ***MARIA DOLORES MORENO GARCIA, MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER, NOELIA MANRIQUE GONZALEZ, LIDIA RODRIGUEZ LOPEZ***
- Tema 29. **LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.**
- ***LEONOR FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ***
- Tema 30. **RADIOLOGIA EN EL PACIENTE PEDIATRICO.**
- ***ANDREA SAN MARTIN GONZALEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 31. **FISIOTERAPIA EN EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS DEL INTESTINO IRRITABLE.**
- ***ANAÏS NAVARRO ALONSO, SARA BERMEJO SANDÍN***
- Tema 32. **INTOLERANCIA A LA LACTOSA.**
- ***Mª AURORA GUTIERREZ GARCÍA, RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO, BEATRIZ FERNÁNDEZ CARMONA, AIDA GIL VECINO***
- Tema 33. **TEMBLOR ESENCIAL.**
- ***MONTSERRAT PIÑERA MATA***
- Tema 34. **RETOS SOCIALES EN EL ÁMBITO GERIÁTRICO: LAS TECNOLOGÍAS DIGITALES Y LA TERCERA EDAD.**
- ***CRISTINA CABEZUELO VECINA***
- Tema 35. **EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS.**
- ***NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ, LIDIA RODRIGUEZ LÓPEZ, MARIA DOLORES MORENO GARCÍA, MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER***
- Tema 36. **ACCIDENTES DE TRABAJO.**
- ***LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ***
- Tema 37. **ALCOHOL EN EL ÁMBITO LABORAL.**
- ***MARINO ARECES FERNÁNDEZ***
- Tema 38. **INCIDENCIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.**
- ***BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA, MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ UNZUA, GEMA MARÍA BERNAL ALONSO***
- Tema 39. **CÁNCER COLORRECTAL. CRIBADO POBLACIONAL.**
- ***ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ, EVA PILOÑETA GONZÁLEZ, HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA***
- Tema 40. **RELACIÓN TECNICO ESPECIALISTA-PACIENTE.**
- ***OLAYA NAVES MUÑIZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 41. **LOS EFECTOS DE LOS PESTICIDAS EN LA SALUD.**
- ***NURIA HUERTA GONZÁLEZ***
- Tema 42. **EL CELADOR Y LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL ENTORNO RURAL.**
- ***MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ***
- Tema 43. **ESTRÉS LABORAL.**
- ***LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ***
- Tema 44. **LAVADO DE MANOS.**
- ***ALEJANDRA ROZADA GARCIA***
- Tema 45. **EL ALZEHIMER.**
- ***FRANCISCA MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ, SHEILA SUAREZ SANGUINO, CRISTINA VEGA GARCIA, CARMENMARIA LOPEZ FERNANDEZ, MOUNA LHARTI LHARTI***
- Tema 46. **USO DE GUANTES SANITARIOS.**
- ***SARA MARÍN ARRIAZU***
- Tema 47. **EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. HPV.**
- ***VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA , HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, EVA PILOÑETA GONZÁLEZ, ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ***
- Tema 48. **SALUD SOCIAL: VIGOREXIA.**
- ***GEMA MARIA BERNAL ALONSO, ANABEL DÍAZ MARTINEZ, MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ UNZUA***
- Tema 49. **ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA MISMA.**
- ***MARÍA FLORES GÓMEZ, GERMÁN DOMÍNGUEZ VÍAS***
- Tema 50. **EL TCAE EN LOS CUIDADOS POST MORTEM.**
- ***ROBERTO BAILON GONZALEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 51. **SEDENTARISMO.**
- ***MARINO ARECES FERNÁNDEZ***
- Tema 52. **TABACO, SALUD Y GÉNERO.**
- ***LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ***
- Tema 53. **TRABAJO A TURNOS / NOCTURNO.**
- ***MARINO ARECES FERNÁNDEZ***
- Tema 54. **LISTERIOSIS: UN PROBLEMA ACTUAL DE SALUD PÚBLICA Y SOCIAL.**
- ***LORENA PORTILLA GARCÍA***
- Tema 55. **RIESGOS PSICOSOCIOLÓGICOS.**
- ***ELENA GONZALEZ LÓPEZ, MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA, MARTA VELASCO ARRANZ, ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS***
- Tema 56. **CONDICIONES DE TRABAJO. LABORATORIOS CLÍNICOS.**
- ***MARTA VELASCO ARRANZ, ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS, ELENA GONZÁLEZ LÓPEZ, MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA***
- Tema 57. **EI ALCOHOLISMO EN LA ACTUALIDAD.**
- ***YOLANDA SÁNCHEZ BUJAN***
- Tema 58. **EFECTOS DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO CON ELECTROESTIMULACIÓN INTEGRAL DE 8 SEMANAS DE DURACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL.**
- ***JORGE SÁNCHEZ-INFANTE GÓMEZ-ESCALONILLA***
- Tema 59. **ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO EN EL SISTEMA SANITARIO: MODELO ASISTENCIAL ÓPTIMO.**
- ***ALBA DE LA VEGA GALÁN, JOSE MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ, SHEILA PECES SÁNCHEZ***
- Tema 60. **CUIDADOS BÁSICOS DEL ANCIANO.**
- ***ELDA MARGARITA CUESTA ÁLVAREZ, MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 61. **CUIDANDO AL CUIDADOR REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.**
- ***MARIBEL ZOILA REYNALDO VIRHUEZ***
- Tema 62. **DEPRESIÓN.**
- ***VANESSA FORCELLEDO FERNÁNDEZ, ALEJANDRA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, VERÓNICA PEREIRA CUERVO***
- Tema 63. **IMPACTO QUE SUPONE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LA POBLACIÓN ACTUAL.**
- ***VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA, ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA***
- Tema 64. **DISLÉXIA: UNA DIFICULTAD ESPECÍFICA DEL APRENDIZAJE.**
- ***ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ, VERONICA PEREIRA CUERVO, VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ***
- Tema 65. **RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y ESTILO DE VIDA.**
- ***JORGE SAL GARCÍA***
- Tema 66. **HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO (HSDC), EL GRAN DESCONOCIDO.**
- ***JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ, SHEILA PECES SÁNCHEZ, ALBA DE LA VEGA GALÁN***
- **Tema 67. LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS.**
- ***BEGOÑA GARCIA VELARDE, MARGARITA SERRANO SUÁREZ, SONIA MARIA PLAZA GARCÍA***
- Tema 68. **LA DIABETES INFANTIL.**
- ***IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO***
- Tema 69. **PAUTAS DE ATENCIÓN SANITARIA A LA MUJER CON AGRESIÓN SEXUAL RECIENTE.**
- ***MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO, OMAR WALID MUQUEBIL ALI AL SHABAN RODRIGUEZ***
- Tema 70. **SEDACIÓN PALIATIVA EN MEDICINA INTERNA.**
- ***MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ SÁNCHEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 71. **LISTERIOSIS, OTRA ENFERMEDAD DE ALERTA ALIMENTARIA.**
- ***MARÍA ISABEL CHACÓN BAUTISTA, MARÍA JESÚS MORÁN CRIADO, TERESA REYES SÁNCHEZ***
- Tema 72. **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL TRASTORNO BIPOLAR.**
- ***LAURA SALCEDA GARCÍA, MARIA DEL MAR GARCÍA PRESA***
- Tema 73. **LA ENFERMEDAD DE LAS VACAS LOCAS: NUEVAS APORTACIONES DIAGNÓSTICAS POR IMAGEN.**
- ***TANIA HIERRO TORNER, CYNTHIA VIDAL CAMEÁN***
- Tema 74. **EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.**
- ***LEIRE AZCONA CIRIZA***
- Tema 75. **PAPEL DE LA ENFERMERIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- ***SHEILA PECES SÁNCHEZ, ALBA DE LA VEGA GALÁN, JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ***
- Tema 76. **AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
- ***ANA BELÉN RECIO GARCÍA , LAURA LÓPEZ GARCÍA, MARTA MARÍA RECIO GARCÍA, ANGELA SÉSAR NAVAL***
- Tema 77. **PACIENTE SOMETIDO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. ANSIEDAD.**
- ***RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO***
- Tema 78. **ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES.**
- ***ROBERTO MARTÍN ARANDA***
- Tema 79. **CUIDADOS EN EL PACIENTE CON COLOSTOMÍA.**
- ***RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO***
- Tema 80. **EL DESCONOCIDO ESTRÉS LABORAL BURNOUT.**
- ***BIBIANA NUÑO PÉREZ, CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, TANIA Mª PRIETO FERNÁNDEZ, SILVIA Mª PRIETO FERNÁNDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 81. **PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MEDIANTE SOLUBRIDAD DEL MEDIO AMBIENTE**
- ***MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, YESICA DÍAZ ROCES, COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ, VIRGINIA CASTARROYO MERINO***
- TEMA 82. **ENVEJECIMIENTO Y PACIENTE CRÓNICO.**
- **MÓNICA FERNÁNDEZ FALCÓN, EVA SAIZ LANDERAS**
- Tema 83. **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL SÍNDROME DEL QUEMADO O BURNOUT.**
- ***ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO, MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON , ALFONSO ALONSO BLANCO***
- Tema 84. **PRUEBAS RADIOLÓGICAS PARA LA DETECCIÓN DEL ALZHEIMER PRECOZ.**
- ***DIANA JUAN CASIELLES***
- Tema 85. **INCIDENCIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.**
- ***BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA***
- Tema 86. **ANSIEDAD Y ENVEJECIMIENTO.**
- ***MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, MARTA ATIENZA CORREAS, BEATRIZ GARCÍA SERRANO***
- Tema 87. **ATENCIÓN AL USUARIO EN LA SANIDAD: TRATAMIENTO DE QUEJAS.**
- ***SANDRA RUIZ ESPEJO***
- Tema 88. **AVANCES EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.**
- ***DIEGO PEÑARANDA PALOMINO, RAFAEL LENDINES NAVAJAS, BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ, ALMUDENA LUQUE HERNANDEZ***
- Tema 89. **BAJA VISIÓN.**
- ***TAMARA DORADO FERNÁNDEZ, MARTA FERNÁNDEZ GUDÍN***
- Tema 90. **BURNOUT O SINDROME DEL QUEMADO.**
- ***MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 91. **ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS MÁS COMUNES DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR.**
- ***MARTA MARIA CASTRILLÓN FERNÁNDEZ, EVA MARIA GARZÓN CANDELA***
- Tema 92. **TERAPIA DE LA DIGNIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS.**
- ***OLGA CAAMAÑO SELMA, JESÚS MARTÍN ROMERO***
- Tema 93. **ABORDAJE DE INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN ATENCIÓN PRIMARIA.**
- ***LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, RICARD CONDE TORRES, CLARA GIL TORRAS***
- Tema 94. **ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DEL LINFEDEMA.**
- ***GONZALO PRIETO CRISTÓBAL***
- Tema 95. **SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO.**
- ***RAQUEL SANTALIESTRA ELVIRA***
- Tema 96. **REHABILITACIÓN EN EPICONDILITIS.**
- ***PATRICIA FERVIENZA FUEYO, CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ***
- Tema 97. **DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.**
- ***MARÍA ISABEL CHAVES MARTÍNEZ, BEATRIZ GARCÍA DÍAZ, MIRIAM GARCÍA GARCÍA, ÁNGELA ÁLVAREZ CABO***
- Tema 98. **POLIQUISTOSIS RENAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. DIAGNÓSTICO Y MANEJO.**
- ***BORJA MERELO NICOLÁS***
- Tema 99. **PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.**
- ***ESTEFANÍA BLANCO GARCÍA, ROCIO VÁZQUEZ CUERVO, RAQUEL RUIZ TURRADO, MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ***
- Tema 100. **CARRO DE PARADAS.**
- ***CRISTINA RODRIGUEZ ABAD***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS
TOMO II

- Tema 101. **DISPEPSIA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
- ***ISABEL LLAMAS BELLIDO***
- Tema 102. **CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL.**
- ***MARIO PARREÑO JAREÑO, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA, INMACULADA CARCELÉN RODENAS, REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN, MYRIAN CARCELÉN RODENAS***
- Tema 103. **CONTENIDOS DE TRABAJO GRUPAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- ***INMACULADA SANGIAO NOVIO***
- Tema 104. **PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER Y CLAVES DIAGNÓSTICAS.**
- ***ÁLVARO IGNACIO PADRÓN GONZÁLEZ, CYNTHIA VIDAL CAMEÁN, TANIA HIERRO TORNER***
- Tema 105. **ATENCION A LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO.**
- ***LUCIA LABORRA FAGOAGA, MARÍA IBARROLA ELIZAGARAY, OLATZ NAIARA ESLAVA ABAURREA, LEYRE MARTÍNEZ GOÑI***
- Tema 106. **DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO UN PROBLEMA SOCIAL.**
- ***MÓNICA GONZÁLEZ GONZÁLEZ***
- Tema 107. **EL POPULAR SÍNDROME DE DIÓGENES.**
- ***SABELA PARDO DÍAZ, XABIER AMEZTOY ECHENIQUE, LEYRE REMÍREZ SIMÓN***
- Tema 108. **ENFERMEDAD DE PARKINSON.**
- ***ESTHER RODRIGUEZ CASTELLANOS***
- Tema 109. **ERGONOMÍA AMBIENTAL.**
- ***FERNANDO CARBALLO COYA, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA***
- Tema 110. **HUMANIZACIÓN Y ADAPTACIÓN EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA PARA PACIENTES CON CÁNCER INFANTIL.**
- ***BEATRIZ GARCÍA GARCÍA, CARMEN MAQUEDA VILLAREJO, FELIPE MERINO IGLESIAS, ALICIA CIDONCHA LOZANO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 111. **IMPACTO SOCIAL DE LA VACUNA NONAVALENTE FRENTE AL HPV.**
- ***SORAYA BERMEJO GOMEZ, MARIA NIEVES TAPIZ ARRONDO, TAMAR OCHOA GARCIA, PATRICIA PIÑAL ALONSO***
- Tema 112. **INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS.**
- ***ALICIA HUERGO ORDIALES, PATRICIA GARCÍA VIÑA***
- Tema 113. **INTRODUCCION AL TOC.**
- ***MARIA TERESA SERRANO ANTON***
- Tema 114. **COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE: LA NEGOCIACIÓN.**
- ***ELENA BAZTARRICA ECHARTE, IRENE LOSADA ÁLVAREZ, Mª JOSÉ LUMBIER MARTÍNEZ DE MORENTIN, SONIA CAMPO BALDUZ***
- Tema 115. **LENGUAJE SEXISTA EN LA ADMINISTRACION SANITARIA.**
- ***SILVIA MARIA PRIETO FERNANDEZ, TANIA MARIA PRIETO FERNANDEZ, CELESTINA GARCIA-JOVE GONZALEZ, BIBIANA NUÑO PEREZ***
- Tema 116. **LISTERIOSIS.**
- ***MARTA ATIENZA CORREAS, BEATRIZ GARCÍA SERRANO, MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA***
- Tema 117. **PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DIRIGIDA A MONITORES EN CENTROS DE MENORES EXTRANGEROS NO ACOMPAÑADOS.**
- ***ANIA IRAZOQUI CEBERIO, CARMEN CARLOTA MARTINEZ ESQUIROZ***
- Tema 118. **METAHEMOGLOBINEMIA ASOCIADA A LA INGESTA DE VERDURAS, ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA.**
- ***NURIA OSCÁRIZ PIEDRAFITA, MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN, MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ, NEREA OTEO GARCÍA***
- Tema 119. **MÉTODO MADRE CANGURO EN NEONATOLOGÍA.**
- ***CLARA GIL TORRAS, LYDIA SANCHEZ FERNANDEZ, RICARD CONDE TORRES***
- Tema 120. **MIGRAÑA SIN AURA.**
- ***LIDIA RODRIGUEZ LOPEZ, MARIA DOLORES MORENO GARCIA, MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER, NOELIA MANRIQUE GONZALEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 121. **LA INFLUENCIA DE LA NOCTURNIDAD EN LA SALUD.**
- ***ERIKA RAMOS GARCÍA, BEATRIZ CUBAS RODRÍGUEZ***
- Tema 122. **OBESIDAD INFANTIL**
- ***BEATRIZ GARCÍA SERRANO, MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA, MARTA ATIENZA CORREAS***
- Tema 123. **ENVEJECIMIENTO Y PACIENTE CRÓNICO.**
- ***MÓNICA FERNÁNDEZ FALCÓN , EVA SAIZ LANDERAS***
- Tema 124. **ALIMENTACIÓN EN HEMODIALISIS.**
- ***ELENA CANO MATEO***
- Tema 125. **DIABETES MELLITUS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.**
- ***SABRINA ZANGO POZO, NEREA MORAIS ÁLVAREZ, MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ***
- Tema 126. **EFECTOS DEL PILATES CLÍNICO SOBRE EL EQUILIBRIO Y LA MARCHA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE**
- ***SONSOLES AGÜERIA ÁLVAREZ, SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ***
- Tema 127. **QUEMADURAS.**
- ***MIRIAM DE LA RIVA L ARIO***
- Tema 128. **VIGOREXIA.**
- ***GEMA MARIA BERNAL ALONSO***
- Tema 129. **POSIBLES ENFERMEDADES EN LOS TRABAJOS DE CARPINTERIA EN SANIDAD.**
- ***UBALDO MERINO RODRIGUEZ***
- Tema 130. **TRASTORNO DE PÁNICO.**
- ***JAIR MARTÍNEZ DÍAZ, MARIA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 131. **PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DEL HEPATOCARCINOMA.**
- ***JOSE ANTONIO MARTÍNEZ OTÓN***
- Tema 132. **PROTECCIÓN RADIOLÓGICA Y EL EQUIPO PORTÁTIL DE RX EN SERVICIOS ESPECIALES.**
- ***MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ, RAQUEL RUIZ TORRADO, PATRICIA MARTINEZ GARCÍA, ELIZABET GARCIA GRANDA***
- Tema 133. **LEY, ETICA Y SOCIEDAD.**
- ***BELEN ROZADA FUENTE***
- Tema 134. **RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA.**
- ***ROCÍO JUNCO BLANCO***
- Tema 135. **TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO EN RADIOTERAPIA.**
- ***JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ***
- Tema 136. **CÓMO INFLUYE LA CONTAMINACIÓN EN LA SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL.**
- ***Mª AMOR QUETZAL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, Mª DE LOS ÁNGELES DÍAZ MARTÍNEZ, TANIA ANTUÑA ALVAREZ, NORMA LORENA BUYO AVALOS***
- Tema 137. **SER MAMÁ A LOS 50.**
- ***LAURA SOTO TERRÓN***
- Tema 138. **SÍNDROME DE KLINEFELTER.**
- ***JULIA ÁLVAREZ PEREIRA, MARÍA LANA FERNÁNDEZ***
- Tema 139. **SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA**
- ***RICARD CONDE TORRES, CLARA GIL TORRAS, LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ***
- Tema 140. **LA LISTERIOSIS, UN PROBLEMA EN LA ACTUALIDAD .**
- ***MARÍA OTERO ALONSO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 141. **TRASTORNOS ALIMENTARIOS QUE PUEDEN APARECER EN LA TERCERA EDAD.**
- ***MERCEDES ÁLVAREZ ANIA, NURIA HUERTA GONZÁLEZ***
- Tema 142. **TRASTORNOS DE TIPO PSICÓTICO.**
- ***JÉSSICA LÓPEZ CERNUDA***
- Tema 143. **TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTES CON LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA.**
- ***DIEGO CERRO TORRE, SARA RODRÍGUEZ CARBAJO , AINHOA VEGA REGUERAS, NATALIA VEGA REGUERAS***
- Tema 144. **INFECCIÓN POR CANDIDA Y SUS VARIANTES: VULVOVAGINAL, MICÓTICA VAGINAL, VAGINAL POR HONGO.**
- ***ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA, VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCIA***
- Tema 145. **ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y VALORES EN CUIDADOS PALIATIVOS.**
- ***CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ, JOSE ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO***
- Tema 146. **ALCOHOLISMO EN ANCIANOS.**
- ***PATRICIA CALVO ALONSO***
- Tema 147. **LISTERIOSIS. ALERTA SANITARIA 2019. ALGO ESTÁ FALLANDO.**
- ***BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, Mº PAZ NUÑEZ FERNÁNDEZ, ILLÁN SUÁREZ RODRÍGUEZ***
- Tema 148. **LA ANOREXIA NERVIOSA.**
- ***NOELIA GONZÁLEZ PIÑERA, VILMA DÍAZ PÉREZ, MARÍA DEL PILAR HOLGUÍN PÉREZ, ELISABET HEVIA CAMÍN***
- Tema 149. **GAMMAGRAFÍA TIROIDEA.**
- ***AROA IGLESIAS MARTÍNEZ, JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ, ÁNGELA BAÑOS TRABANCO, RAQUEL SERRANO FERRERO***
- Tema 150. **AUMENTO DE LA DIABETES TIPO 2 EN LA INFANCIA Y SU RELACIÓN CON LA OBESIDAD INFANTIL.**
- ***ANA MARTÍNEZ-PEÑA RUIZ, LEYRE IBERO PEMAN, CRISTINA HUARTE USTARROZ, CARMELA TROYAS VISUS***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 151. **BULLYNG,UN DEMONIO ENTRE COMPAÑEROS.**
- ***ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ, BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, Mº PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ***
- Tema 152. **BURNOUT:SÍNDROME DEL PROFESIONAL QUEMADO.**
- ***BEGOÑA GARCIA VELARDE, MARGARITA SERRANO SUÁREZ, SONIA MARIA PLAZA GARCÍA***
- Tema 153. **BURNOUT: MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.**
- ***LAURA TRABADA MARTÍN, ANA ISABEL GONZALEZ ÁLVAREZ, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARIA JOSÉ MARTÍN SANCHEZ***
- Tema 154. **RADIOTERAPIA: PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA DEL ALZHEIMER.**
- ***CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ***
- Tema 155. **PREVENCIÓN DE DAÑOS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA.**
- ***CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ***
- Tema 156. **RADIOTERAPIA EN EL COLESTEATOMA: DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN.**
- ***CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ***
- Tema 157. **PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.**
- ***ESTEFANÍA BLANCO GARCÍA, ROCIO VÁZQUEZ CUERVO, RAQUEL RUIZ TURRADO, MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ***
- Tema 158. **ESTUDIOS DEL TUBO DIGESTIVO.**
- ***MERCEDES ERICE ÁLVAREZ, NOELIA DE CON SANTOS, SUSANA GARCIA LUCES, LEONOR Mª ARMENTEROS DEL OLMO***
- Tema 159. **FISIOTERAPIA LUMBAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.**
- ***GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS***
- Tema 160. **HEPATOPATÍA POR ALCOHOL.**
- ***LIDIA SERRANO DÍAZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 161. **FISIOTERAPIA Y AUTISMO.**
- ***GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS***
- Tema 162. **ENFERMERIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- ***SUSANA MARTIN LORENTE***
- Tema 163. **TRAUMATISMOS DE LA MUÑECA Y LA MANO. FRACTURA DE COLLES, ESCAFOIDES Y DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO.**
- ***PABLO RODRÍGUEZ NEIRA***
- Tema 164. **ACOSO LABORAL.**
- ***MARCOS SÁNCHEZ CASERO***
- Tema 165. **USO DE LA ENTERORM EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.**
- ***LAURA DÍAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO***
- Tema 166. **OBESIDAD INFANTIL.**
- ***LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS, VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS, MARÍA FEITO ÁLVAREZ***
- Tema 167. **DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA.**
- ***MARTA RÍOS LEÓN***
- Tema 168. **ABORDAJE EN FISIOTERAPIA DE UN CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA.**
- ***MARTA RÍOS LEÓN***
- Tema 169. **BASES ANATOMO-FISIOLOGICAS DE LA HIPOACUSIA POR DAÑO COCLEA.**
- ***CRISTINA MARTIN VILLARES, MARIA GIL MARTIN***
- Tema 170. **COMUNICACIÓN: BARRERAS ENTRE PACIENTE Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO.**
- ***REBECA GONZÁLEZ ARNIELLA, VANESSA GONZÁLEZ NARANJO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 171. **CONJUNTIVITIS POR ADENOVIRUS.**
- ***ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ, ÁNGELA GARCÍA RODRÍGUEZ, MÓNICA CORRALES PINTO, MARÍA VICTORIA COUTO CALVO***
- Tema 172. **CONTRASTES RADIOLOGICO**.
- ***DESIREÉ FERNÁNDEZ CUESTA., LUCÍA MERA MARTÍNEZ., BELÉN BLANCO GUTIÉRREZ., REBECA RODRÍGUEZ ECHEVARRÍA***
- Tema 173. **CUIDADOS EN PACIENTES CON ELA.**
- ***SILVIA TORRE FERNÁNDEZ***
- Tema 174. **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DEL BÍCEPS FEMORAL.**
- ***RODRIGO ÁLVAREZ GONZÁLEZ***
- Tema 175. **ESTUDIO CON DEFECOGRAFÍA DE LA INCONTINENCIA FECAL EN EL ANCIANO.**
- ***LAURA DÍAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO***
- Tema 176. **DIFERENTES TIPOS DE OSTOMIAS.**
- ***Mª MERCEDES GOÑI AGUIRRE, MARTA GRAU SUAREZ- VARELA, AINHOA SAN MIGUEL AGUIRRE***
- Tema 177. **EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.**
- ***BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS, SILVIA MEANA GÓMEZ, ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS***
- Tema 178. **EPIDEMIOLOGÍA: CADENA EPIDEMIOLÓGICA.**
- ***ANA MARÍA GRUESO CARRIO***
- Tema 179. **ACTUALIZACIÓN EN ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI): PAPEL DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN DIAGNÓSTICAS.**
- ***ANA MILENA MUÑOZ***
- Tema 180. **FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS, LA PANDEMIA DEL PRIMER MUNDO.**
- ***JUAN JOSE RAMOS RODRÍGUEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 181. **AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
- ***PAULA MERINO GONZÁLEZ***
- Tema 182. **ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO.**
- ***DIONISIO CASADO FERNÁNDEZ, ARACELI ZAPICO DÍAZ***
- Tema 183. **ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- ***VERÓNICA RUIZ ALCALÁ, MARÍA LETICIA NARVÁEZ RODRÍGUEZ***
- Tema 184. **ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL DOLOR DE PARTO. ¿CÓMO PODEMOS INFLUIR EN ÉL SIN FÁRMACOS?**
- ***ESTEFANIA MARTINEZ GONZALEZ, MARTA MATEOS MAZON, SANDRA ATIENZA RAMIREZ***
- Tema 185. **INTRODUCCIÓN DE LA MEDIACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO. (PROPUESTA METODOLÓGICA)**
- ***GEMMA MAGDALENA CUENCO***
- Tema 186. **A PROPÓSITO DEL BABY LED WEANING.**
- ***SANDRA DÍAZ ARAÚJO***
- Tema 187. **FISIOTERAPIA EN LUMBOCIÁTICA SECUNDARIA A PATOLOGÍA DISCAL LUMBAR. CASO CLÍNICO.**
- ***ÁGUEDA MARÍA CAPARRÓS MARTÍNEZ, ANDRÉS MIGUÉLIZ VALCARLOS, LAURA DÍAZ FERNÁNDEZ, INMACULADA MÉNDEZ SÁNCHEZ***
- Tema 188. **IMPORTANCIA DEL EJERCICIO FÍSICO EN LA TERCERA EDAD.**
- ***JAIME CUEVA DE MERA, ELENA TARJUELO DEL MOLINO, EVA SÁNCHEZ-VIZCAINO BASTANTE, MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO***
- Tema 189. **LA IMPORTANCIA DEL ESTIGMA SOCIAL EN LA EPIDEMIA DE VIH.**
- ***ALBA COLLADO RODRÍGUEZ, MARIA LUISA GARCIA FRADEJAS, ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA, ISABEL CALERO GIL***
- Tema 190. **IMPORTANCIA DEL FÁCIL ACCESO A LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH.**
- ***NOELIA NÚÑEZ RIAL, VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA, SONIA ALVAREZ GRANDA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 191. **LOS FLUJOS MIGRATORIOS EN ESPAÑA COMO PROBLEMÁTICA SOCIOSANITARIA: ANÁLISIS EMIC/ETIC.**
- ***MARÍA DEL PILAR TERUEL FRANCÉS, ANTONIO MARTÍNEZ LUCERGA, NOELIA LÓPEZ VIDAL, MARÍA DEL PILAR GRACIA PÉREZ***
- Tema 192. **CONSTANTES VITALES**.
- ***ÁNGELA ROMERO RODRÍGUEZ***
- Tema 193. **CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA EN LA CIUDAD DE MURCIA Y MEDIDAS DE ACTUACIÓN.**
- ***MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ***
- Tema 194. **ATENCIÓN A LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES EN PACIENTES CON TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO**.
- ***LUCIA LABORRA FAGOAGA, MARÍA IBARROLA ELIZAGARAY, OLATZ NAIARA ESLAVA ABAURREA, LEYRE MARTÍNEZ GOÑI***
- Tema 195. **CONSUMO DE DROGAS Y SU IMPACTO EN SALUD.**
- ***BEGOÑA COLLAR ALVES***
- Tema 196. **EJERCICIO FÍSICO COMO MEDIDA PREVENTIVA EN SALUD LABORAL.**
- ***BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ, VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ, MARIA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ***
- Tema 197. **EL ALCOHOL Y LOS JOVENES ADOLESCENTES.**
- ***MARIA JOSEFA CASARRUBIOS ABAD., MARIA JOSE DIAZ-PARREÑO CASARRUBIOS.***
- Tema 198. **EL ANCIANO SOLO Y COMO MEJORAR SU TOMA DE MEDICACION MEDIANTE AUTOREGISTROS.**
- ***MARIA TERESA ALONSO SUAREZ***
- Tema 199. **EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.**
- ***ANGELA HERNANDO TEMPRANA***
- Tema 200. **ENFERMEDAD DE PÁRKINSON.**
- ***NORMA LORENA BUYO AVALOS***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS
TOMO III

- Tema 201. **ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE CALIDAD DE SUMINISTROS EN CENTROS SANITARIOS.**
- ***FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA***
- Tema 202. **EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN UNA EMPRESA DE ENVASES METÁLICOS.**
- ***JOSÉ CARLOS GÓMEZ GARCÍA, ANA ISABEL CASTEJÓN ROS, Mª DOLORES ALCARAZ ANDREU, EDITA RAKASIENE***
- Tema 203. **HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD).**
- ***JUDITH ÁLVAREZ RIESGO, ALBA MARÍA CABAL VALLE, ALICIA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ, ELISA ANTORANZ CASTRO***
- Tema 204. **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO : LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.**
- ***BENJAMIN CASTAÑO COTA, JOSE MANUEL GARCIA PEREZ***
- Tema 205. **LA ANOREXIA NERVIOSA.**
- ***ELISA VALLINA GONZÁLEZ, ESPERANZA VELASCO CAMPA***
- Tema 206. **LA INFLUENCIA DE LA CULTURA EN EL DOLOR CRÓNICO.**
- ***JOSÉ ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO, CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ***
- Tema 207. **LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL.**
- ***RUBÉN DÍAZ ROCES, IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO***
- Tema 208. **FACTORES PERSONALES QUE INTERVIENEN EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL/DE LA NIÑO-A O ADOLESCENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.**
- ***JOSÉ M. MONFORTE-ESPIAU, M. CRISTINA ECHAPARE-ZABALETA, ERIKA GÓMEZ-LARRAMBE, SONIA ISO-GAYARRE***
- Tema 209. **MAMOGRAFÍA: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.**
- ***ANGELA BAÑOS TRABANCO, AROA IGLESIAS MARTINEZ, SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ, RAQUEL SERRANO FERRERO***
- Tema 210. **MOBBING- ¿LUGAR DE EMPLEO O LUGAR DE ASEDIO?.**
- ***LYDIA WARNER PALLÁS, M. JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 211. **RELACIÓN ENTRE LA OBESIDAD Y LA DIABETES EN LA INFANCIA.**
- ***JESSICA BLANCO SIERRA, CRISTIAN DE LA VIÑA GARCÍA, MARÍA GAYO IGLESIAS, MARTA FERNÁNDEZ GUDÍN***
- Tema 212. **CONCEPTOS BÁSICOS Y DIFERENCIACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS.**
- ***JESÚS JAVIER DÍAZ RICO***
- Tema 213. **ANÁLISIS DEL USO DE REDES SOCIALES EN DESASTRES.**
- ***CRISTINA BENAVIDES RODRÍGUEZ, VANESSA CÁRDABA GARCIA, ALBA MARIA CABAL VALLE, JUDITH ÁLVAREZ RIESGO***
- Tema 214. **POR UNA ASISTENCIA SANITARIA MÁS HUMANA.**
- ***MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE***
- Tema 215. **PREVENCIÓN CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO.**
- ***PAULA ARIAS BRUZOS, NOELIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ***
- Tema 216. **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.**
- ***SILVIA MEANA GÓMEZ, BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS, ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS***
- Tema 217. **PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO A PACIENTES CON NUEVA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, TRAS HABER SUFRIDO UN ICTUS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA.**
- ***MARTA PULIDO FONTES, MARTA RINCÓN FRANCÉS, MARTA GÓMEZ ALONSO, LAURA PULIDO FONTES***
- Tema 218. **ACTIVIDAD EN AGUA VERSUS ACTIVIDAD EN TIERRA. BENEFICIOS PARA EL ADULTO MAYOR.**
- ***PABLO RODRÍGUEZ NEIRA, SILVIA ZAPICO GUTIÉRREZ***
- Tema 219. **PROYECTO DE INFORMACIÓN PARTICIPATIVO PARA CUIDADORES NO PROFESIONALES.**
- ***Mª NAZARET CORDERO GARCÍA, JESICA MARA LÓPEZ POLA***
- Tema 220. **REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES.**
- ***SUSANA DÍAZ DÍAZ, LETICIA GONZÁLEZ CUERVO, ARÁNZAZU JAMBRINA MARTÍNEZ, PILAR RUÍZ CRESPO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 221. **RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO.**
- ***VANESA MONTES COLLIA, HECTOR CRISTOBO MARTINEZ, PATRICIA SUAREZ RODRIGUEZ, RAUL GUTIERREZ PRADO***
- Tema 222. **PARACENTESIS PAUTAS DE ACTUACIÓN.**
- ***JULIO R. MORGADO RODRIGUEZ***
- Tema 223. **SALUD SOCIAL**
- ***ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS, BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS, SILVIA MEANA GÓMEZ***
- Tema 224. **GESTIÓN AMBIENTAL HOSPITALARIA.**
- ***FRANCISCO JOSE VILLALGORDO GIL, DANIEL VALLEJO SIERRA, JOSE LUIS RUIZ CAROT, AMPARO GARCÍA RUIZ***
- Tema 225. **SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL. INFLUENCIAS DE LA CONTAMINACIÓN.**
- ***FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA, SUSANA LÓPEZ CARRO, PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA, Mª AMOR QUETZAL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ***
- Tema 226. **DETERIORO COGNITIVO.**
- ***MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ***
- Tema 227. **SARAMPIÓN.**
- ***COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ, VIRGINIA CASTARROYO MERINO, MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, YESICA DÍAZ ROCES***
- Tema 228. **ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA CON SEDACIÓN.**
- ***REBECA RODRÍGUEZ ECHEVARRÍA, DESIRÉ FERNÁNDEZ CUESTA, LUCÍA MERA MARTÍNEZ, BELÉN BLANCO GUTIERREZ***
- Tema 229. **EL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD: SEDENTARISMO LABORAL.**
- ***JOSE MANUEL GARCIA PEREZ, BENJAMIN CASTAÑO COTA***
- Tema 230. **SEGURIDAD DEL PERSONAL HOSPITALARIO.**
- ***JOSE DÍAZ FERNANDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 231. **BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES DE LA DEMENCIA.**
- ***MIRIAN MARTÍNEZ MARÍN, Mª CRISTINA BERNAL LUJÁN, IRADI LAFONT MIRA, CRISTINA SOTO DÍAZ***
- Tema 232. **INFLUENCIA DEL CONSUMO TEMPRANO DE CANNABIS EN LA APARICIÓN DE TRASTORNOS PSICÓTICOS.**
- ***LUZ MARÍA SABATER GARCÍA***
- Tema 233. **ACCIDENTES DE TRÁFICO URBANO. TIPOLOGÍA LESIONAL.**
- ***JUAN CARLOS BOADA VERA, VERÓNICA MÉNDEZ PRADA***
- Tema 234. **TRATAMIENTO REHABILITADOR TEMPRANO EN LOS ACCIDENTES URBANOS, INFLUENCIA EN LA RECUPERACIÓN DEL LESIONADO.**
- ***VERÓNICA MÉNDEZ PRADA, JUAN CARLOS BOADA VERA***
- Tema 235. **UNA CONSIDERACIÓN SOBRE EL BURNOUT.**
- ***M.JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ, LYDIA WARNER PALLÁS***
- Tema 236. **USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE ADMINISTRATIVO SANITARIO.**
- ***VANESSA GONZÁLEZ NARANJO, REBECA GONZÁLEZ ARNIELLA***
- Tema 237. **LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN PROFESIONALES HOSPITALRIOS.**
- ***SONIA MARIA PLAZA GARCIA, BEGOÑA GARCIA VELARDE, MARGARITA SERRANO SUAREZ***
- Tema 238. **ESTUDIO DE LA DISFAGIA MEDIANTE PRUEBAS RADIOLÓGICAS (VIDEOFLUROSCOPIA).**
- ***LAURA DÍAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO***
- Tema 239. **PERIODONTITIS: SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y RECOGIDA DE MUESTRAS**
- ***ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA, VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCIA, ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR***
- Tema 240. **CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.**
- ***ALICIA MENÉNDEZ RODRIGUEZ, ELISA ANTORANZ CASTRO, CRISTINA BENAVIDES RODRÍGUEZ , VANESSA CÁRDABA GARCÍA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 241. **ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL INYTERNO FEMENINO.**
- ***M PILAR LÓPEZ PIZARRO, GEMA NUÑEZ-BARRANCO GARCÍA***
- Tema 242. **ANDROPAUSIA: AMPLIACIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO RESPECTO A LA VIRILIDAD MASCULINA.**
- ***CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ***
- Tema 243. **ANSIEDAD: NUEVOS RETOS DE ACTUACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.**
- ***CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ***
- Tema 244. **ASMA MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS.**
- ***MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO, MARÍA JESÚS DÍAZ SUÁREZ, CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES***
- Tema 245. **BURNOUT: MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.**
- ***LAURA TRABADA MARTÍN, ANA ISABEL GONZALEZ ÁLVAREZ, LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARIA JOSÉ MARTÍN SANCHEZ***
- Tema 246. **CALIDAD ASISTENCIAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO.**
- ***SILVIA ZAPICO GUTIERREZ, PABLO RODRIGUEZ NEIRA***
- Tema 247. **REDUCCION DE LA BRONQUIOLITIS EN LA UNIDAD DE NEONATOS.**
- ***DILEY CASARIEGO GARCIA, MARIA PILAR CABALLERO SANCHEZ***
- Tema 248. **CÁNCER Y USO DE OPIÁCEOS.**
- ***BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA, EVA GARCIA ALONSO, GONZALO DOMINGUEZ DIAZ, ALBA GARCIA BAS***
- Tema 249. **EL USO DE FORMOL EN ANATOMÍA PATOLÓGICA Y SUS RIESGOS.**
- ***MARÍA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS, ANDREA GONZÁLEZ GONZÁLEZ, CRISTINA ARCE DÍAZ, JOANA SERRANO ORTIZ***
- Tema 250. **PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS.**
- ***SANDRA SOTURA CARRERA, PATRICIA OTERO MENÉNDEZ , LLIBERTÁ LORENZO COLLAZO, CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 251. **EL MODELO DE LA FUNDACIÓN EUROPEA PARA LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
- ***SHEILA ARNIELLA PÉREZ, GABRIEL FUEGO CAVEDA, CHRISTIAN GARCÍA ÁLVAREZ, AIDA RAMOS CORDERO***
- Tema 252. **RATIO ENFERMERO-PACIENTE.**
- ***JESÚS MARTÍN ROMERO***
- Tema 253. **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO.**
- ***OLGA CAAMAÑO SELMA, JESÚS MARTÍN ROMERO***
- Tema 254. **SITUACIONES DE ESPECIAL CONSIDERACIÓN EN EL PACIENTE CON DOLOR.**
- ***HELENA DÍAZ LOSAS, NATALIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, TSIU-YEN CHAN DÍEZ , AIDA FANJUL ARGÜELLES, JOSE IVÁN LÓPEZ MARTÍNEZ***
- Tema 255. **CLEPTOMANÍA.**
- ***ANA ISABEL MUÑIZ DÍAZ, ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL***
- Tema 256. **MALTRATO INFANTIL: LESIONES ESQUELÉTICAS EN EL NIÑO MALTRATADO.**
- ***CYNTHIA VIDAL CAMEÁN, TANIA HIERRO TORNER***
- Tema 257. **DETECCIÓN TEMPRANA DE DISCAPACIDAD AUDITIVA.**
- ***AIDA GARCÍA ARDURA, TAMARA GARCÍA ORDOÑEZ, VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ, CARLOTA ACOSTA BERNARDO***
- Tema 258. **BENEFICIOS DE LA DISCIPLINA POSITIVA EN LA INFANCIA**
- ***SANDRA CASARIEGO GARCÍA, SANDRA GONZÁLEZ ARIAS***
- Tema 259. **EL ESTREÑIMIENTO EN LOS ANCIANOS Y PAUTAS PARA PALIARLO.**
- ***MARÍA DEL PILAR RUIZ ESPINA , M.ª ANGELES MARTÍNEZ BESTEIRO***
- Tema 260. **ENFERMEDAD CELIACA.**
- ***ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL, ANA ISABEL MUÑIZ DÍAZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 261. **EL PROBLEMA SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA.**
- ***CHRISTIAN ÁLVAREZ ESLAVA, TERESA CRIADO GONZÁLEZ***
- Tema 262. **EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE A LECHE MATERNA.**
- ***GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA, MARÍA PILAR LÓPEZ PIZARRRO***
- Tema 263. **EL CELADOR Y LA VISIÓN DE LA HUMANIZACION HOSPITALARIA.**
- ***FÉLIX ALONSO FERNÁNDEZ, ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ***
- Tema 264. **INFECCIONES NOSOCOMIALES Y SU PREVENCIÓN.**
- ***LLARA LAVILLA SOLÍS, CRISTINA ORDIALES VEGA, SHEILA PÉREZ RODRÍGUEZ, JENNYFER CORBEIRA PRESNO, DAVID RODRÍGUEZ ALONSO***
- Tema 265. **LA AUTONOMIA DEL PACIENTE SEGÚN LA LEY 41/2002.**
- ***MARGARITA SERRANO SUÁREZ, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA , BEGOÑA GARCIA VELARDE***
- Tema 266. **LA DIABETES.**
- ***MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ, BELEN PEREDA DE LA FUENTE, JOSE ANGEL LANCO FERNANDEZ, VERONICA PULIDO LO0BERA***
- Tema 267. **LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- ***TAMARA SANTANA PÉREZ, ANA VAQUERO MARTÍN, MILAGROS ESTÉFANI ORE PÉREZ , ROCÍO DEL PILAR BERMEJO MOSQUERA, IRENE GARCÍA RODRÍGUEZ***
- Tema 268. **LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. SU INFLUENCIA EN LA ADOLESCENCIA.**
- ***Mª ANGELES MARTÍNEZ BESTEIRO, MARIA DEL PILAR RUÍZ ESPINA***
- Tema 269. **TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA Y BULIMIA.**
- ***MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ, INES RODRIGUEZ FERNANDEZ , AURISTELA ACEVEDO SUAREZ, ARACELI HUERTA FERNANDEZ***
- Tema 270. **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**
- ***ELENA CANO MATEO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 271. **NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES GÁSTRICAS.**
- ***SARA GARCÍA NOVO, MARÍA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, ISABEL BERTAULT BENEDICTO, DIANA TUÑÓN PASTOR***
- Tema 272. **EL PACIENTE INFECCIOSO: DIAGNÓSTICO Y ACTUACIÓN.**
- ***GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ, ALBA GARCIA BAS, BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA, EVA GARCIA ALONSO***
- Tema 273. **CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA A LA PERSONA EN SITUACIÓN TERMINAL.**
- ***ESPERANZA VELASCO CAMPA, ELISA VALLINA GONZÁLEZ***
- Tema 274. **PROCESAMIENTO DE LÍQUIDOS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA.**
- ***ANDREA GONZALEZ GONZALEZ, CRISTINA ARCE DIAZ, JOANA SERRANO ORTIZ, MARIA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS***
- Tema 275. **ACTUACIÓN SANITARIA ANTE UNA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- ***VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ, MÓNICA AMADO MENÉNDEZ, MARIA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ, LETICIA AMADO MENÉNDEZ, ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ***
- Tema 276. **FALSAS CREENCIAS RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA: DESTERRANDO MITOS.**
- ***FERNANDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ , SUSANA ÁLVAREZ LOPEZ, IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ , MARIA FERNANDEZ IGLESIAS***
- Tema 277. **TRASTORNOS ALIMENTICIOS. TRASTORNOS ALIMENTICIOS.**
- ***AIDA VALLINA RIESTRA, YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ, GLORIA VALDÉS PELÁEZ***
- Tema 278. **PROBLEMAS SOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO.RETRASO DEL ALTA HOSPITALARIA.**
- ***DAVID GONZALEZ MUÑOZ, SERGIO BARRIGA BREÑA, CLARISA GARCÍA AMOR, MARTA MORÁN SUÁREZ, ANA CRISTINA LORENZO GARCÍA***
- Tema 279. **PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL SERVICIO DE IMÁGEN PARA EL DIAGNÓSTICO.**
- ***SARA MARTÍN VILLANUEVA***
- Tema 280**. PSICOSIS PUERPERAL.**
- ***ISABEL BERTAULT BENEDICTO, DIANA PASTOR TUÑÓN, MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, SARA GARCIA NOVO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 281. **ASBESTOSIS:PREVENCIÓN Y ENFERMEDAD.**
- ***MARIA PILAR LOBATO ALVAREZ, SARA GARCIA NOVO, DIANA TUÑON PASTOR, ISABEL BERTAULT BENEDICTO***
- Tema 282. **RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL MEDIO SANITARIO.**
- ***ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ, FÉLIX ALONSO FERNANDEZ***
- Tema 283. **BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO.**
- ***YOLANDA PUENTEDURA MARTIN, RUT MORILLAS IGLESIAS, ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO, SHEILA PRIETO LÓPEZ***
- Tema 284. **SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS**
- ***SANDRA RUIZ ESPEJO***
- Tema 285. **SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
- ***ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ, VERÓNICA NÚÑEZ ÁLVAREZ, MÓNICA AMADO MENÉNDEZ, MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ, LETICIA AMADO MENÉNDEZ***
- Tema 286. **SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. ¿PORQUE DEBEMOS PARTICIPAR?.**
- ***MARTA MATEOS MAZÓN, ESTEFANIA MARTINEZ GONZÁLEZ, LORENA MOLADA MONTAÑANA***
- Tema 287. **TIROIDITIS DE HASHIMOTO.**
- ***CAROLINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SANDRA SOTURA CARRERA, PATRICIA OTERO MENENDEZ, LLIBERTA LORANZO COLLAZO***
- Tema 288. **ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
- ***INES RODRIGUEZ FERNANDEZ, AURISTELA ACEVEDO SUAREZ, ARACELI HUERTA FERNANDEZ, MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ***

TEMA 1. ALZHEIMER: RECURSOS SOCIO-SANITARIOS.

- CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN
    1.1.PALABRAS CLAVE
2.OBJETIVOS
3.METODOLOGIA
4.RESULTADOS
5.CONCLUSIONES
6.BIBLIOGRAFIA

1.INTRODUCCION

La evolución de la enfermedad de Alzheimer se caracteriza por su lento y gradual deterioro. Los síntomas, así como las reacciones del entorno directo e indirecto del enfermo, dificultan la concienciación de la enfermedad. La pérdida de facultades, de estadío en estadío, hasta la abolición de toda autonomía es característica. El número considerable de casos, el elevado grado de dependencia de los enfermos afectados y la duración del proceso hacen que ésta enfermedad exija una enorme cantidad de cuidados

1.1.PALABRAS CLAVE

Alzheimer
Demencia
Deterioro
Dependencia
Senil

2.OBJETIVOS

El objetivo de ésta presentación es:

- Identificar y desarrollar la lectura hecha referente al tema que se trata, Alzheimer

- Recopilar toda la información de la que se dispone y hacer una breve descripción

- Reconocer lo preocupante que es ésta demencia y cómo nos afecta cuando llegamos a la edad adulta

3.METODOLOGIA

Buscando conseguir los objetivos establecidos se ha realizado una búsqueda bibliográfica consultando diferentes bases de datos, entre ellas: Pubmed y Scielo, además de buscadores como Mozzila, Chrome o Firefox.

Se han escogido entre 10 articulos manuales, etc los que pensamos que serían mas interesantes para el tema que nos trataba, de los cuáles 3 fueron los elegidos para plasmar en éste trabajo descriptivo

4.RESULTADOS

Se calcula que 1 de cada 10 personas mayores de 65 años padecen algún tipo de demencia, y aproximadamente un 75% de los casos es debido a la enfermedad de Alzheimer.

Es muy probable que muchos de los casos que se le atribuyeron erróneamente a la “demencia senil” fueran, en realidad, demencia por Alzheimer.

El principal factor para que se manifieste el Alzheimer es debido a la edad, a hacerse mayor. Por lo tanto, aunque hay ciertos aspectos genéticos que sí nos pueden predisponer a desarrollar Alzheimer, no son determinantes para su aparición

4.RESULTADOS

Sólo el 1% de los casos de Alzheimer, las causas se puede atribuir exclusivamente a un factor genético o hereditario. Éstas se deben a una mutación de tres posibles genes, manifestándose la enfermedad, en éstos casos, de una manera mas agresiva, suele aparecer antes de los 65 años, e incluso, a los 60 años, y los descendientes tienen una probabilidad del 50% de contraer también la enfermedad.

4.RESULTADOS

Muchos estudios relacionan la salud cardiovascular con la salud cerebral, así que para mantener nuestro cerebro en forma debemos controlar los factores de riesgo cardiovascular y adoptar hábitos de vida saludables. Sin olvidarnos de mantener una vida social activa y ejercitar además de estimular nuestra mente

5.CONCLUSIONES

Todos los días aparecen en el mundo miles de casos de la enfermedad del Alzheimer y si no se encuentra una cura efectiva en los próximos años el número de personas afectadas por ésta enfermedad se podría triplicar.

El aumento de la esperanza de vida y la falta de tratamientos efectivos para estas enfermedades, serán en un futuro una amenaza que será insostenible tanto a nivel económico, sanitario cómo social

Lamentablemente los recursos que han sido destinados para éstas enfermedades han sido insuficientes. Respecto a los medicamentos que se han utilizado hasta hoy han sido ineficaces y no han conseguido frenar su evolución.

6.BIBLIOGRAFÍA

- **Libros**: Araque Montiel, D.; Serrano Martínez, F.J. Psiquiatría: salud mental. Formación Continuada Logoss S.L. 2001

Cobo Doming, J.C.; Geriatría y Gerontología. Atención integral al anciano. Formación Continuada Logoss S.L.2000

- **Págs. Web:** Claves sobre la enfermedad del Alzheimer. Blog Fundacion Pasqual Maragall. 2009. https://blog.fpmaragall.org

Prepara la institucionalización: www.fundaciónalzheimeresp.org/cuidador/ficha.php

TEMA 2. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEMENCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA ENFERMERO.

MARTA RIVERA GONZÁLEZ
FRANCISCO JAVIER CASAMAYOR FERNÁNDEZ

ÍNDICE

-DEFINICIÓN DE DEMENCIA Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO.
-PRINCIPALES TIPOS DE DEMENCIA
-TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO EN LA PERSONA DEMENTE
-TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
-CONCLUSIONES
-BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

Criterios de la demencia:

-Trastorno de la memoria con alcanze al menos de otra función cognitiva(función del lenguaje,ejecutora,praxias y gnosias visuales...)

-Repercusión en la vida social y/o profesional durante más de 6 meses.

-Evolución progresiva e irreversible.

-Exclusión de causas orgánicas,físicas y confusión aguda.

Algunos datos de la OMS:

Se calcula que actualmente hay 47 millones de personas con demencia en el mundo, y se prevé que esta cifra aumentará a 75 millones de aquí a 2030. Se calcula que el número de casos de demencia prácticamente se triplicará para 2050.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

El diagnóstico rápido y precoz es muy importante ya que tiene un impacto en la mejora de la calidad de vida del paciente y de sus familiares. Para ello se intentará:

-Optimizar al máximo la capacidad cognitiva, salud física y la actividad del paciente.

-Detectar y tratar los posibles síntomas comportamentales y psicológicos.

-Proporcionar información y el apoyo necesario tanto a la familia como a los cuidadores a lo largo de todo el proceso.

-Evitar la posible discriminación o incluso maltrato que pueda sufrir la persona demente(por ejemplo el uso de medios físicos o químicos injustificados para la inhibición de los pacientes)

PRINCIPALES TIPOS DE DEMENCIA

Alzheimer:

-Prevalencia:80 % de los pacientes dementes.

-Inicio insidioso y progresivo.

-Alteración en la memoria del registro de nueva información frente al mantenimiento de recuerdos antiguos.

-Desorientación temporal(y espacial).

-Apraxia.

-Trastorno del lenguaje (falta de las palabras).

Cuerpos de Lewy:

-Aparición progresiva.

-Síndrome parkinsoniano (rigidez, aquinesia, temblores)

-Alucinaciones visuales y/o auditivas.

-Intolerancia a neurolépticos.

-Fluctuaciones de los trastornos cognitivos(especialmente de la atención)

-Trastorno del registro de la información de la memoria a largo plazo.
-Trastorno espacio-visual.

Demencia fronto temporal:

-Aparición progresiva y más precoz(a partir de los 40 años).
-Trastorno del comportamiento en primer plano.
-Síndrome disejecutivo
-Trastorno de la recuperación de la información en la memoria a largo plazo.
-Pérdida de iniciación del lenguaje y trastornos de la atención

Otros tipos de demencia:

-Demencia en la enfermedad de párkinson.
-Demencia vascular.
-Demencia multiinfarto.

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos del comportamiento son toda modificación del comportamiento respecto al estado anterior observado por el paciente, familia o profesionales siendo normalmente precoces y fluctuantes.

-Los trastornos de comportamiento son tentativas de manifestación de manera inadecuada de una o varias necesidades.

-Un trastorno del comportamiento traduce sistemáticamente un malestar.

-La persona mayor demente no siendo capaz de manifestarse verbalmente se manifiesta a nivel comportamental.

Trastornos negativos	Trastornos positivos
A menudo ignorados a pesar de ser frecuentes	Sujetos a quejas pero más tardías
Bien tolerados	Molestos
Ejemplo: apatía, tristeza, conducta regresiva, trastorno del sueño…	Ejemplo: agitación, agresividad, ansiedad, alucinaciones, desinhibición…

ETIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

Pueden tener un origen multifactorial:

-Causa somática: excluir un estado confusional agudo, dolor, globo vesical...

-Causa medicamentosa.

-Causa psiquiátrica: descompensación de una enfermedad psiquiátrica ya existente.

-Causa ambiental: vulnerabilidad incrementada por factores de stress.

-Factores ligados a la personalidad del paciente.

-Factores ligados a déficits sensoriales: incomprensión de estímulos

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Mejorar la comunicación:

-Empezar nombrando al paciente y presentándose.
-Asegurarse que el paciente lleva sus aparatos auditivos.
-Evitar la multiplicación de interlocutores.
-Captar su atención metiendose en su campo visual.
-Evitar los ruidos.
-Anunciar y explicar cada gesto.
-Mover lentamente y evitar los gestos bruscos.
-Usar palabras familiares y frases cortas.
-Ayudarse de gestos durante el discurso.
-Respuestas cerradas y elección reducida.
-Esperar la respuesta del paciente.
-Mostrar que lo hemos escuchado repitiendo las últimas palabras del paciente(hablar en eco)
-Usar un cuaderno de comunicación con la familia.

Gestionar la agresividad:
-Comprobar la presencia de dolor.
-Permanecer tranquilo.
-Moverse lento.
-Evitar la multitud.
-Dejarle espacio(al menos la distancia de un brazo).
-Desviar la atención.
-No darle la espalda.
-Posicionarse del lado dominante.
-No castigar ni hacer entrar en razón al paciente.
-Evitar la palabra por qué y privilegiar en su lugar que es lo que pasa.
-Evitar las contenciones.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los tratamientos anticolinérgicos “anti-Alzheimer” intentan ralentizar la enfermedad, pero no curarla.Del mismo modo, no actuan sobre los trastornos del comportamiento asociados.

Los tratamientos que actuan especificamente sobre los síntomas comportamentales usados más frecuentemente son:

-Psicotropos.
-Neurolépticos.
-Anxiolíticos.
-Termoreguladores

Consejos generales:

-Empezar con dosis pequeñas.
-Reevaluar la situación frecuentemente.
-No emparejar en la 1º intervención con técnicas no medicamentosas

CONCLUSIONES

-La demencia se suele asociar a personas mayores y no se da exclusivamente en ellas, si bien es cierto que la prevalencia es mucho mayor en personas mayores de 65 años.
-Tiene un impacto económico muy grande dentro del gasto sanitario mundial cifrándose este en torno a los 818.000 millones de dólares anuales y con una previsión de aumento más elevada que de su prevalencia.
-Los cuidadores y la familia son las principales personas de referencia para el cuidado del paciente demente teniendo que soportar en numerosas ocasiones una gran carga física, psíquica y emocional siendo necesario el apoyo de los sistemas sanitarios, sociales y financieros.
-El rol que juega la enfermería en el cuidado y asesoramiento del paciente demente y su familia es vital siendo en la mayor parte de las ocasiones la principal persona de referencia del ámbito sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

-Guía para Cuidadores de Enfermos de Alzheimer. Primera edición. Cantabria. España. 2004.

Articulo de revistas:

-Alteraciones del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer. Datos de un estudio poblacional. M. de Toledo, F. Bermejo-Pareja, S. Vega-Quiroga, D. Muñoz-García.[REV NEUROL 2004;38:901-905] PMID: 15175968 - Original - Fecha de publicación: 16/05/2004.

Página WEB :

-Papel de la Enfermería en la demencia / Alzheimer. Plan integral de cuidados para el enfermo, la familia y el cuidador. [Internet]. [citado 1 de julio de 2019].Disponible en: http://www.aulascience.es/component/magebridge/papel-de-la-enfermeria-en-la-demencia-alzheimer.html.

-Revisión sistemática sobre el papel de la enfermería en la prevención del Alzheimer - Revista Médica Electrónica PortalesMedicos.com [Internet]. [citado 1 de julio de 2019]. Disponible en: http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/enfermeria-y-prevencion-del-alzheimer.

TEMA 3. ASMA BRONQUIAL.

- EDITA RAKASENE.
- LUZMILA SALCAN.

ÍNDICE

1. CONCEPTO.
2. EPIDEMIOLOGIA.
3. ETIOLOGÍA.
4. PATOGENIA.
5. PATOLOGÍA.
6. FISIOPATOLOGÍA.
7. DIAGNOSTICO.
8. TRATAMIENTO.
9. BIBLIOGRAFIA.

1. CONCEPTO: ASMA

- Enfermedad inflamatoria de las vías aéreas a la que se asocia intensa hiperreactividad bronquial frete a estímulos diversos. Actuando conjuntamente, ambos fenómenos ocasionan la obstrucción bronquial reversible (espontanea o terapéutica)
- "Asma" del griego "jadear" (dificultad respiratoria)
- Galeno: crisis súbitas.

2. EPIDEMIOLOGIA.

- Prevalencia, severidad y mortalidad han aumentado en USA y otras partes del mundo estas 2 ultimas décadas.
- Entre los esquimales el asma es extraordinariamente raro.
- En la isla Tristan de Cunha, uno de cada tres habitantes padece de asma.

2. EPIDEMIOLOGIA.

- En los países con mayor prevalencia (Australia, Nueva Zelanda) el asma afecta a 25% de los niños. Mortalidad por asma como epidemia: Gran Bretaña por los 60 (isopropenol) y Nueva Zelanda por los 80 (Fenoterol) En USA: 5% de la población; raza negra 3-6 veces mas de morir por asma que raza blanca (pobreza).

3. ETIOLOGIA.

- Asma, enfermedad heterogénea.
- Asma alérgica o extrínseca (alérgeno que precipita el ataque): Niños >5 años y adultos jóvenes, antecedentes de atopia como rinitis alérgica, eccema o urticaria, aumento de IgE total en suero.
- Asma idiosincrática o intrínseca (no se puede identificar el alérgeno, no historia familiar de atopia, IgE norma): Niños < 5 años y adultos > 40 años.

4.1 PATOGENIA.

- Hiperreactividad bronquial e Inflamación de Las vías aéreas.
- HRB consecuencia de la inflamación de las vías aéreas. Inflamación responsable de todas las características del asma: aumento de la HRB, edema de vías aéreas, secreción excesiva de moco e infiltración de células inflamatorias.

4.1 PATOGENIA.

- Estimulando receptores beta-2 adrenérgicos se produce broncodilatación (noradrenalina).
- Estimulando receptores colinérgicos o alfa adrenérgicos se produce broncoconstriccion (acetilcolina).

4.2 PATOGENIA.

Células inflamatorias responsables:

- Mastocitos, eosinofilos, macrófagos, neutrófilos y linfocitos.
- Células epiteliales de las vías aéreas y células nerviosas.
- Linfocitos Th1 (IL-2) Y Th2 -> (IL-3. IL-4, IL-5).
- Eosinofilos y mastocitos activados contienen: histamina, prostaglandina D2 y leuvotrienos.
- Células cebadas tienen en su superficie receptores para IgE-> reacción alérgica -> desgranulacion celular.

4.3 PATOGENIA.

- **Mediadores químicos:**
- Histamina, eicosanoides (derivados del acido araquidónico) y factor activador de las plaquetas (PAF).
- **Histamina:** Broncoconstrictora. Antihistamínicos no ayudan.

4.3 PATOGENIA.

- **Eicosanoides:** cicloxigenasa (prostaglandinas PGD2 y PGF2a, tromboxanos-Tx2 y prostaciclinas) y lipoxigenasa (leucotrienos: LTB4-potente secretagogo producido por neutrófilos, LTC4, LTD4 y LTE4-los 3 últimos SRS-A, secretados por mastocitos, basófilos y eosinofilos).
- **FAP:** Potente broncoconstrictor producido por mono, macro, neutro y eosino-agente quimiotactico de eosinofilos.

4.4 PATOGENIA.

- **Neurotransmisores:**
- Sistema adrenérgico-Noradrenalina (broncodilatación), Sistema colinérgico-Acetilcolina (broncocontricion) y Sistema NANC.
- Neuropéptidos: Péptido intestinal vasoactivo (VIP) broncodilatador mas potente conocido y la Sustancia P (PS) que es broncoconstrictora.

4.5 PATOGENIA.

- **Estímulos frecuentes que dan broncoconstriccion:**
- **Alérgenos:** Polvo casero, polen, moho, lana, plumas, caspa de animal.
- **Fármacos:** Aspirina, AINES, BB, sulfaminados. Contaminación ambiental:N2, Ozono, S2.
- **Factores ocupacionales:** Sales metálicas, industria de plásticos.

4.5 PATOGENIA.

- **Infecciones respiratorias:** Rinovirus y Virus de la influenza.
- **Ejercicio:** Precipitante común de ataque asmático.
- **Estrés emocional:** Aumentando o disminuyendo efectos adrenérgicos y colinérgicos.

5. PATOLOGIA.

- Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas.
- **Cambios inflamatorios:**
- Descamación mucosa en algunas áreas.
- Engrosamiento de la membrana basal epitelial.
- Inflamación submucosa: Eosinofilos activados y LTH2.
- Hiperplasia de las glándulas mucosas.
- Hipertrofia del musculo liso.

6. FISIOPATOLOGIA.

- Reducción del diámetro de las vías aéreas:
- Contracción del musculo liso.
- Congestión vascular.
- Edema de la pared bronquial.
- Secreciones espesas y pegajosas.
- Incremento de la resistencia al flujo aereo:

6. FISIOPATOLOGIA.

- Disminución del volumen espiratorio forzado.
- Hiperinflación pulmonar.
- Incremento del trabajo respiratorio.
- Desequilibrio V/Q y alteraciones gasométricas.
- **Hipoxemia e hipocapnia con alcalosis respiratoria.**

7. DIAGNOSTICO.

- Historia clínica con episodios reversibles de broncoconstriccion.
- Evidencias de atopia.
- Historia familiar positiva de alergia o asma.
- Examen físico.
- Tele de tórax: Híper insuflación.

7.1 DIAGNOSTICO.

- **Demostrar obstrucción reversible de la vía aérea:**
- Definido como 15% de incremento del VEF1 después de dos disparos de un agonista beta adrenérgico.
- Prueba de provocación de broncoconstriccion (metacolina)
- BH y esputo: eosinofilia y dosaje de IgE.

8. TRATAMIENTO.

- Oxigenoterapia
- Broncodilatadores:
- Betamimeticos: salbutamol y terbutalina, salmeterol y formoterol.
- Metilxantinas:Teofilina, aminofilina.

8.1 TRATAMIENTO.

- Anticolinérgicos: Ipratropio, oxitropio y tiotropio.
- Cromonas: Cromoglicato disodico, nedocromilo sódico y ketotifeno.
- Corticosteroides: Beclometasona, budesonida, fluticasona, triamcinolona y prednisona.

9. BIBLIOGRAFÍA

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/asthma/symptoms-causes/syc-20369653
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000141.htm
- https://ginasthma.org/
- https://www.who.int/respiratory/asthma/es/
- https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/hemeroteca-salud/enfermedades/asma-bronquial
- https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx02/01/n2-080-093_ServandoGarcia.pdf

TEMA 4. BULLYNG,UN DEMONIO ENTRE COMPAÑEROS.

ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ
BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO
Mª PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

Metodología:

El trabajo está realizado basándose en bibliográficas acerca del Acoso escolar . Los soportes de datos empleados son:

1º Pudmed , Scielo y Scholarpedia.

Se realiza búsqueda en Español e Inglés, entre los años 2017 y 2019 y utilizando las palabras claves: bullying,acoso, escolar,adolescente.

De un total de 16 artículos se estudian en profundidad:

1ºBullying en la adolescencia y satisfacción con la vida: ¿puede el apoyo de los adultos de la familia y de la escuela mitigar este efecto?

2ºFamily's support for adolescent victims of bullying.

3ºEl suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles.

4ºBullying/Cyberbullying in 5th and 6th grade: differences between public and private schools

Conclusiones:

El número de adolescentes que son víctimas del bullying o acoso escolar sigue aumentando ,la mayoría de las victimas tienen entre 11 y 17 años, pudiendo ocasionar graves secuelas al adolescente agredido, que podrán ser de mayor o menor notoriedad, dependiendo de la facultad que tenga la víctima para sobrellevar y superar los maltratos derivados del acoso escolar, pudiendo llegar hasta el suicidio.

Es de gran importancia que los centros educativos ,los padres, y el entorno habitual tomen medidas para identificar las situaciones de acoso (observación de signos), medidas educativas para prevenirlo (programas de educación y prevención); y medidas para erradicarlo cuando se ha producido .

BIBLIOGRAFÍA

Machimbarre ,J & Garaigordobil,M. Anales de Psicología.2017, vol.33, Nº.2, pp.319-326. ISSN 1695-2294.

Del-barrio,V. Santiago Ramón y Cajal: análisis retrospectivo de un caso de acoso escolar. Acción psicol. [online]. 2017, vol.14, n.1,pp.15360.ISSN22551271. http://dx.doi.org/10.5944/ap.14.1.18856.

Garcia A &Oriol X & Correa J et al,.Association between bullying victimization and physical fitness among children and adolescents.10.1016/j.ijchp.2019.02.006.

Prata M & festas I &Oliveira L.The Impact of a Cooperative Method Embedded in a Writing Strategy Instructional Program on Student Engagement in School.2018.12.001

Rev Psic 2019;24:145-53.

TEMA 5. CÁNCER DE COLON

- CINTIA PUEYO BOROBIA
- CARLA PUEYO BOROBIA

ÍNDICE

1. Definición
2. Etapas
3. Factores de riesgo
4. Signos y síntomas
5. Pruebas diagnosticas
6. Tratamiento
7. Complicaciones
8. Prevención
9. Metástasis
10. Bibliografía

1. DEFINICIÓN

- **Colon**
  - Primera sección del intestino grueso. Junto con el recto forma parte del sistema digestivo.
  - Consta de cuatro secciones: el colon ascendente, el colon transverso, el colon descendente, y el colon sigmoide. El colon, el ciego y el recto componen el intestino grueso.
  - Sus funciones principales son las de almacenar residuos, extraer agua, mantener el equilibrio de hidratación y absorber algunas vitaminas como la vitamina K.

- **Cáncer**
  - Conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas (cancerígenas o cancerosas), con crecimiento y división más allá de los límites normales (invasión del tejido circundante y, a veces, metástasis).
- **Cáncer de Colon**
  - Presencia de un exceso de células malignas en el colon.
  - La edad de presentación habitual del cáncer de colon es entre los 60 y 80 años.
  - Resulta fácil de detectar, tiene un alto grado de curación y tarda mucho en desarrollarse.
  - En el colon y el recto se almacenan las heces antes de ser expulsadas al exterior a través del ano.

2. ETAPAS

- **Etapa 0 o carcinoma in situ**: En esta etapa temprana, el cáncer se encuentra en la capa más superficial del colon.

- **Etapa I**: El cáncer se ha diseminado a la segunda y tercera capas, pero no ha alcanzado todavía la parte más profunda del intestino y mide menos de 2 cm.

- **Etapa II**: El cáncer se ha extendido a la capa más profunda del colon, pero no a los ganglios linfáticos, que, repartidos por todo el cuerpo, producen y almacenan células capaces de combatir las infecciones. El tumor mide más de 2 cm de diámetro.

- **Etapa III**: El cáncer se ha extendido ya a los ganglios linfáticos, pero no a otros órganos.

- **Etapa IV**: El cáncer ha llegado a otros órganos del cuerpo (principalmente tiende a invadir el hígado y los pulmones).

3. FACTORES DE RIESGO

- **Edad**. Tener mas de 50 años.
- **Origen**. Mayor incidencia en personas afroamericanas y de Europa oriental
- **Dieta**. Asociado a dietas ricas en grasas y pobres en fibra.
- **Antecedentes personales**. Mayor predisposición en personas que tienen o han tenido: pólipos de colon o recto, colitis ulcerosa o cáncer como mama, útero u ovario.

- **Antecedentes familiares.** Existe la posibilidad de que se transmita hereditariamente.
- **Estilo de vida**. Existen ciertos factores que predisponen a la aparición del cáncer de colon, como, la obesidad, la vida sedentaria y el tabaquismo.
- **Actividad física**. Aquellos que son activos físicamente tienen un menor riesgo de desarrollar cáncer de colon.
- **Virus**. El estar expuesto a ciertos virus, en particular el VPH puede estar asociado con cáncer de colon.

4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- No suele dar síntomas hasta fases avanzadas.
- Los síntomas más frecuentes incluyen:
  - Hemorragia rectal
  - Cambios en las defecaciones (diarrea, estreñimiento)
  - Pérdida de peso
  - Dolor abdominal

- Los síntomas varían depende del sitio del tumor y la extensión de la enfermedad:

Colon Derecho	Colon Izquierdo	Colon de rectosigma
-Dolor abdominal - Síndrome anémico (fatiga, cansancio, debilidad) - Palpación de tumor abdominal	**-Cambio en las heces - Rectorragia - Obstrucción intestinal (dolor cólico, distensión abdominal, vómitos y cierre intestinal)**	**-Dolor cólico - Rectorragia - Tenesmo rectal - Disminución diámetro heces**

5. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- **Tacto rectal**. Introducir un dedo en el ano para detectar anomalías en la parte inferior del aparato digestivo.
- **Sigmoidoscopia.** Introducir por el ano un endoscopio para examinar el recto y la parte final del colon y detectar la presencia de pólipos.
- **Colonoscopia.** Similar a la sigmoidoscopia, pero el tubo utilizado es más largo y permite recorrer todo el colon. Facilita la toma de biopsias.

- **Estudio genético.** Si existen antecedentes familiares o se sospecha de cáncer hereditario es aconsejable realizarlo para detectar anomalías.
- **Prueba de sangre oculta en heces (SOH).** Prueba para detectar Sangre en las heces. Esta prueba reduce la probabilidad de muerte por cáncer de colon.
- **Enema de bario con doble contraste.** Serie de radiografías del colon y el recto que se toman después de que se le haya aplicado al paciente un enema con una solución blanca que contiene bario para mostrar radiológicamente con detalle el colon y el recto.

6. TRATAMIENTO

- **Cirugía.** Extraer la parte afectada por el cáncer. Se practica en todas las etapas de extensión de la enfermedad. Otra posibilidad es realizar una apertura desde el colon hacia el exterior (colostomía).
- **Radioterapia.** Aplicar rayos de alta energía sobre la zona afectada, con el fin de destruir las células cancerosas. Sólo afecta a la zona en tratamiento, y puede aplicarse antes de la cirugía o después de la cirugía.

- **Quimioterapia.** Administrar fármacos que destruyen las células cancerosas. Se realiza insertando un tubo en una vena (catéter), e inyectando los fármacos a través de un sistema de bombeo. Suele administrarse tras la operación quirúrgica.
- **Inmunoterapia.** Estimular o restaurar las propias defensas inmunitarias del organismo. Para ello se emplean productos naturales o fabricados en el laboratorio.

7. COMPLICACIONES

- Bloqueo del colon
- Reaparición del cáncer en el colon
- El cáncer se disemina a otros tejidos y órganos (metástasis)
- Desarrollo de un segundo cáncer colorrectal primario

8. PREVENCIÓN

- No abusar del alcohol ni el tabaco.
- Controlar la obesidad.
- Mantener una actividad física adecuada a la edad.
- Realizar ejercicio físico de manera regular.
- Disminuir el consumo de grasas
- Consumir preferentemente grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas.
- Disminuir el consumo de carnes rojas.
- Aumentar el consumo de pescado y pollo.
- Incorporar a la dieta alimentos ricos en fibra.
- Aumentar la ingesta de frutas y verduras.

9. METÁSTASIS

- **Directa:** por continuidad a la pared intestinal y a través de ella, a las estructuras adyacentes.
- **Linfática:** es el tipo de diseminación más importante porque se trata de uno de los criterios fundamentales a la hora de decidir la amplitud de exéresis quirúrgica.
- **Hemática:** las metástasis hemáticas son frecuentes y se localizan fundamentalmente en hígado y pulmón. También puede localizarse en las suprarrenales, huesos, riñones, cerebro.

- **Siembra peritoneal:** la carcinomatosis peritoneal es poco frecuente, aunque muy grave, ya que significa que el cáncer es irresecable con respecto a su radicalidad.
- **Intraluminal por implantación en otros puntos del intestino:** es muy frecuente que las recidivas locales ocurran en las líneas de sutura de la anastomosis intestinal, sugiriendo que se deban al injerto de células desprendidas en la luz intestinal.

10.BIBLIOGRAFÍA

- MedlinePlus. Cáncer de colon y de recto. Página actualizada 03 junio 2019 (Consulta el 21 de junio de 2019). Disponible en:

https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000262.htm

- Elmundosalud. Cáncer de colon. Consulta el 22 de junio de 2019. Disponible en:

https://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/cancer/colon2.html

- Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer colorrectal. Página actualizada 30 enero 2019 (Consulta el 22 de junio de 2019). Disponible en:

https://www.cancer.gov/espanol/tipos/colorrectal/paciente/tratamiento-colorrectal-pdq?redirect=true

TEMA 6. ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO QUE AFECTA A LOS HIJOS.

- RAMÓN ORTEGA TORTOSA
- SONIA LUIS ARGANDOÑA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es considerada un problema de salud pública de gran importancia.
En España, 44 mujeres fueron asesinadas en 2018.
Tiene lugar en parejas de todas las edades y clases sociales.
Afecta a todos los miembro de la familia, incluidos los hijos de la pareja que sufren este maltrato, ya sea directamente o presenciando la violencia que se ejerce sobre sus madres.
La enfermería tiene un papel destacado en el cuidado de estos menores, sin embargo existen dificultades a la hora de desempeñarla.
- Falta de formación para la prevención, detección y actuación.
- Miedo a la repercusión de su actuación.

OBJETIVOS

El **objetivo general** es conocer las actitudes que tienen las enfermeras ante la violencia de género que afecta a hijos menores.

- Describir las actitudes que muestran los profesionales de enfermería ante la violencia de género que afecta a menores.

- Conocer cómo creen que actuarían en situaciones simuladas (casos escenarios) o en su práctica habitual en el futuro.

- Conocer si las actitudes de los profesionales y sus actuaciones en situaciones simuladas varían en función de características personales.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica

- Preparación del material de la entrevista: traducción y adaptación del instrumento.

- Solicitud de permisos

- Contacto con la entidad y realización de la encuesta

- Recogida de información

- Análisis de datos

- Elaboración del informe final y divulgación de resultados

RESULTADOS

- El resultado que se espera obtener de este estudio es que los profesionales tienen grandes dificultades en la identificación de los casos de violencia de género que afectan a menores expuestos en la encuesta en los casos escenario.

- Por otra parte, dichos profesionales también subestiman el peligro directo o indirecto que corre el menor en caso de que la mujer maltratada no informe al servicio sanitario de dicho maltrato.

CONCLUSIONES

- Entre los enfermeros existe una falta de formación en esta materia que comienza desde la formación en las universidades y se mantiene con la falta de formación continuada de los profesionales sobre este tipo de situaciones.
- Sería conveniente tanto realizar cursos o seminarios que les ayuden a obtener más conocimientos sobre esta situación como crear un protocolo que les ayude a identificar y actuar de forma unificada, correcta y clara ante la violencia de género que afecta a menores.

BIBLIOGRAFÍA

- Anca CD. Los niños cómo víctimas de la violencia de género. Trabajo social hoy. 2015; 75(1):37-68.
- Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre. Boletín
Oficial del Estado, nº 313, (29-12-2004)
- Deu del Olmo MI. Hijos e hijas víctimas de violencia de género en la ciudad de Ceuta [tesis doctoral]. Ceuta: Universidad de Granada. Tesis Doctorales; 2015.
- Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. VIII Informe Anual del Observartorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2014. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones; 2014. NIPO 680-15-010-5.

TEMA 7. ABORDAJE DE ENFERMERÍA ANTE LA MALA HIDRATACIÓN EN EL ANCIANO.

- RAMÓN ORTEGA TORTOSA
- SONIA LUIS ARGANDOÑA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La deshidratación puede llegar a ser un problema médico importante a pesar de resultar muy costoso para la sociedad. El *agua es básica para la vida*. Se utiliza en el organismo para regular la temperatura, el transporte de nutrientes y desechos, también para ayudar a las funciones de las células y mantener las estructuras de los tejidos. El agua en el organismo se regula para compensar las pérdidas. La mayor salida de líquidos y la menor entrada provocan la deshidratación. El envejecimiento está asociado a varios cambios fisiológicos que afectan la capacidad de mantener el equilibrio hídrico. Con la edad, la capacidad del organismo de mantener la homeostasis hídrica disminuye significativamente.

OBJETIVOS

Determinar las principales causas por las que los ancianos presentan una hidratación inadecuada y el papel que juega el personal de enfermería ante tal situación.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica que comprende la búsqueda relacionada con la hidratación y la deshidratación en la población anciana y sobre la cual, se reúne toda la información recuperada y utilizada.

Se identificaron 20 publicaciones accesibles y relacionados con el tema a estudiar; 12 artículos (obtenidos de diferentes bases de datos PUBMED, EBSCO, SCIELO, MEDLINE y ELSEVIER entre otros), un libro y páginas web.

Esta búsqueda ha servido para mejorar y actualizar los conocimientos sobre este tema.

RESULTADOS

Las necesidades hídricas de los ancianos son aún más especiales y por ello se han establecido varias fórmulas para estimarlas. Se considera un volumen de **1500 ml/día como buena hidratación** sin tener en cuenta la ingesta calórica de acuerdo con la fórmula de Chernoff.

El estudio sociológico realizado en el Observatorio de Hidratación y Salud, empleando una muestra de 1.093 personas, puso de manifiesto que el 97.1% del grupo de mayores de 65 años no se hidrataban de manera adecuada.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la principal causa en la que la población anciana tiene una hidratación inadecuada o insuficiente se debe a la alteración del mecanismo de la sed que se relaciona con el envejecimiento y que

conlleva una disminución de la sensación de sed.

La pérdida de apetencia hacia los líquidos y la incontinencia urinaria son motivos que también afectan al estado de hidratación de los adultos

mayores.

Como profesionales de enfermería jugaremos un papel fundamental a la hora de concienciar y educar a esta población tan sensible para que consuman una ingesta de líquidos recomendada.

BIBLIOGRAFÍA

- Gonzalo E., Pasarín MI. La salud de las personas mayores. Gaceta Sanitaria 2004:18 (Supl1):69-80. Disponible en línea:http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v18s1/02mayores.pdf

- García ME y David Geffen School o f Medicine at UCLA. De hydration of the Elder lyin Nursing Homes. Nutrition Note worthy 2001:4(1)

- Ramos Cordero P, Nieto López-Guerrero J, Serrano Garrido P. Requerimientos hídricos en diferentes edades y en situaciones especiales: Requerimientos hídricos en los ancianos. Libro Blanco de la Hidratación. Madrid: Ediciones Cinca; 2006.Págs.92-102.

TEMA 8. ATENCIÓN A LOS FACTORES FÍSICOS Y MECÁNICOS EN EL TRANSPORTE DE PACIENTES.

- ROGER DANIEL PLASENCIA MEDINA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN……3
OBJETIVOS……5
METODOLOGÍA……6
RESULTADOS……7
CONCLUSIONES……..8
BIBLIOGRAFÍA……..9

INTRODUCCIÓN

Todo paciente al ser trasladado se encuentra sometido a una serie de incidencias fundamentalmente mecánicas. Estos cambios fisiológicos que se pueden producir en el paciente vienen determinadas por un conjunto de factores.

Los principales factores físicos y mecánicos que pueden influir en el transporte del paciente son la aceleración-desaceleración, vibraciones, ruidos, temperaturas y cinetosis. Según el problema o patología del paciente, la posición del traslado puede contribuir a reducir estos efectos. En condiciones normales el paciente se trasladará en decúbito supino con la camilla completamente paralela con respecto al suelo de la ambulancia (sin ningún grado de inclinación).

Independientemente del lugar del suceso o del tipo de traslado la decisión de trasladar a un paciente a un centro sanitario, actúan sobre el una serie de elementos externos que van a afectar al personal asistencial, al material y a las técnicas utilizadas. Estos elementos externos van a determinar cambios fisiológicos que, aunque no son importantes en personas sanas, sí pueden tener graves consecuencias graves en determinados pacientes además de modificar las propiedades de instrumentos (monitores, sistemas de perfusión, etc.) y dispositivos utilizados en el traslado, así como la perfusión y composición de determinados medicamentos.

OBJETIVOS

1. Informar a los profesionales sanitarios sobre los factores físicos y mecánicos que pueden influir al paciente durante su transporte en ambulancia.
2. Conocer las medidas preventivas existentes para contrarrestar los efectos de los factores físico-mecánicos.
3. Actualizar y promover continuamente los protocolos de transporte de pacientes en ambulancias y sus medidas de seguridad.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática desde los últimos cinco años en bases de datos científicas como Pubmed, Scielo, Lilacs, Google Académico y en tesis doctorales de Teseo.

Para ello se utilizaron distintos descriptores de ciencias de la salud y se consultaron varias guías de transporte sanitario, ambulancias y medidas preventivas durante el transporte de pacientes.

Se encontraron una totalidad de 33 estudios interesantes, de los cuales se escogieron 10 por su interés específico con este tema.

DESCRIPTORES: “FACTORES”, “FÍSICOS”, “MECÁNICOS”, “TRANSPORTE”, “PACIENTES”.

RESULTADOS

El personal sanitario deberá conocer todas las medidas preventivas que figuran en su cartera de prevenciones y riesgos laborales para prevenir y/o en su caso actuar ante ellas. Se tomarán medidas específicas como sujetar al paciente con cinturones de seguridad a la camilla, asegurar adecuadamente todo el material dentro de la ambulancia, supervisar continuamente los sistemas de suspensión y amortiguación para que estén en perfecto estado, usar cascos reductores del nivel de ruido para el paciente e instalar medios de diagnóstico digitalizados (monitores) para controlar las constantes hemodinámicas, etc. Además de todas estas medidas resulta imprescindible vigilar el impacto psicológico que se genera en un paciente cuando se transporta en una ambulancia, el cual va a vivir esta situación como estresante, por lo que deberemos dar una explicación adaptada a su situación.

CONCLUSIÓN

Actualmente, los dispositivos de transporte que existen en los distintos centros sanitarios y hospitalarios han mejorado considerablemente, adaptándose a las necesidades de los usuarios.

Las medidas preventivas que se están instaurando para prevenir los efectos indeseables y el empeoramiento de la situación físico-psicológica del individuo transportado, se han perfeccionado exponencialmente y han favorecido la seguridad del paciente y del personal sanitario durante un transporte de urgencia/emergencia y/o traslado.

El avance tecnológico ha hecho posible que se lleve a cabo este tipo de transportes y que su eficiencia posibilite la supervivencia del individuo pese a las circunstancias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez, GE; Vázquez, BA; Villegas, CS. Alteraciones posturales en los profesionales de enfermería, consecuencias de esfuerzo físico: (Tesina de grado). Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. 2017.
2. Bravo Gaspar., d. “Uso de la mecánica corporal en el traslado de Pacientes en el sistema de transporte asistido de Emergencia – ESSALUD. 2016.
3. Dirección URL del informe: http://bdigital.uncu.edu.ar/8629. Pérez Salvador P., Campuzano Fernández-Colina JA. Manual de técnicos de transporte sanitario. Arán Ediciones S.L. 3º Edición . 2009. ISBN: 978-84-96881-76-1.
4. Mora Pérez F. Manual de formación y consulta para técnico sanitario en emergencias y primeros intervinientes. Arán Ediciones S.L. 2008. ISBN: 978-84-96881-42-6.

TEMA 9. TURNICIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO.

•SUSANA MARTIN LORENTE

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- COMO AFECTA EL TURNO NOCTURNO
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

El trabajo es uno de los aspectos que más repercusiones tiene sobre la persona, incluyendo la salud y el bienestar. El trabajador con turno nocturno tiene cambios constantes en los ritmos circadianos y eso trae una serie de consecuencias para la salud.

CÓMO AFECTA EL TURNO NOCTURNO

El turno durante la noche representa factores de riesgo para desarrollar muchas enfermedades de tipo crónico, desde los componentes biológico, psicológico y social, por lo que abordar estos riesgos permite establecer medidas que mitiguen el impacto en los trabajos en el turno nocturno. Desde el punto de vista biológico, se ha relacionado la falta de sueño con un aumento de peso, diabetes, hipertensión arterial, problemas cardiacos, depresión y abuso de medicamento, asó como que las hormonas del apetito se desorganicen.

Los turnos nocturnos también son estresantes, situación que puede inducir a consumos de sustancias adictivas como tabaco, café, alcohol, etc. A esto hay que añadir la problemática de tener que trabajar en épocas de descanso habitual para el resto de la población, como épocas de fiestas, fines de semana, noches, etc. Todas estas circunstancias, actuando de forma conjunta, pueden crear un fuerte desarraigo familiar, social y cultural, lazos que son básicos a la hora de tratar y de resolver un problema de drogodependencia.

CONCLUSIONES

La turnicidad genera importantes repercusiones en el personal sanitario en los rangos normales de presión arterial, frecuencia cardiaca, así como alteraciones gastrointestinales. Además se encuentran las implicaciones de tipo social y familiar, al verse afectadas por el turno nocturno, acarreando múltiples afecciones de tipo emocional.

La responsabilidad de evaluar el impacto de los turnos nocturnos recae sobre las organizaciones de salud, que deben intentar conseguir el bienestar en toda la población , incluidos los trabajadores a turnos, que son los que deben prestar atención sanitaria en los diferentes niveles.

BIBLIOGRAFÍA

Ramírez-Elizondo Noé, Paravic-Klijn Tatiana, Valenzuela-Suazo Sandra. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2013 Sep [citado 2019 Ago 27] ; 22(3): 152-155. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000200008.

TEMA 10. FISIOTERAPIA EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

- GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- INCIDENCIA
- MORTALIDAD
- TRATAMIENTOS
- MANIFESTACIONES CLÍNICAS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad es una de las principales causas de muerte de origen infeccioso en la población adulta. La fisioterapia respiratoria ayuda a mantener abiertas las vías aéreas, facilitar la eliminación de las secreciones bronquiales y mejorar el intercambio gaseoso.

INCIDENCIA

Los estudios poblacionales prospectivos sitúan una incidencia anual de NAC entre el 5 y el 11% de la población adulta. Es bien conocido que la enfermedad es más frecuente en varones, en los extremos de la vida, en invierno y en presencia de diversos factores de riesgo, entre ellos, consumo de alcohol y tabaco, malnutrición, uremia o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En los diferentes países, el número ingresos por NAC oscila entre 1,1 y 4 por 1.000 pacientes-

Entre otros motivos, esta variabilidad podría estar en función de las diferencias en la atención de los pacientes en los servicios de atención primaria o atención especializada[5]. Asimismo, el número de ingresos aumenta con la edad (1,29 por 1.000 en pacientes de 18 a 39 años frente al 13,21 por 1.000 en aquellos de 55 o más años)[5]. Por otra parte, entre un 1,2 y un 10% de pacientes hospitalizados por NAC precisan ingreso en un servicio de medicina intensiva.

MORTALIDAD

La mortalidad de la puede oscilar del 1 al 5% en los pacientes ambulatorios al 5,7 y 14% en los pacientes hospitalizados y del 34 al 50% en aquellos ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI), especialmente en los pacientes que necesitan ventilación asistida. La mortalidad a medio y largo plazo es elevada, con cifras del 8% a los 90 días, 21% al año y 36% a los 5 años

TRATAMIENTOS

Los principales tratamientos de fisioterapia incluyen:

Fisioterapia torácica convencional: vibración, percusión y drenaje postural

Manipulación osteopática: inhibición paraespinal, elevación costal y liberación diafragmática o miofascial.

Técnicas de respiración: control de la respiración activa, ejercicios de expansión torácica y técnicas de espiración forzada

Respiración con presión espiratoria positiva.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología de la NAC es inespecífica y su diagnóstico se basa en un conjunto de signos y síntomas relacionadas con una infección de vías respiratorias bajas y afectación del estado general, incluyendo fiebre (>38°C), tos, expectoración, dolor torácico, disnea o taquipnea, y signos de ocupación del espacio alveolar. En los ancianos, no es infrecuente la ausencia de fiebre y la aparición de confusión y empeoramiento de enfermedades subyacentes.

En general no existe ninguna característica, signo clínico, o combinación de ellos, que permita deducir una determinada etiología o diferenciar la NAC de otras infecciones de vías aéreas bajas con suficiente fiabilidad. Sin embargo, la infección por *S. pneumoniae* es más frecuente en pacientes de edad avanzada, con enfermedades subyacentes o con un comienzo súbito, fiebre alta y dolor torácico de características pleuríticas.

CONCLUSIONES

Aunque es pacientes adultos con neumonía comunitaria la fisioterapia no ha demostrado beneficios clínicos en cuanto a disminución de la mortalidad o mejoría clínica, si que reduce los tiempos de estancia hospitalaria reduciendo así los costes de la asistencia sanitaria global.

Es necesario realizar más estudios y ensayos clínicos controlados para poder precisar el papel de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía.

BIBLIOGRAFÍA

•Saldías P Fernando, Díaz P Orlando. Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad. Rev. chil. enferm. respir. [Internet]. 2012 Sep [citado 2019 Ago 30] ; 28(3): 189-198. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-73482012000300004&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482012000300004

TEMA 11. FUENTES DE ESTRÉS EN ALUMNOS DE ENFERMERÍA DURANTE LA REALIZACIÓN DE SUS PRÁCTICAS CLÍNICAS.

JOSÉ MARÍA SUÁREZ GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DEFINICIÓN DE ESTRÉS
- CAUSAS QUE GENERAN ESTRÉS
- EL ESTRÉS EN LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El estrés es un problema cada vez más frecuente en la sociedad, apareciendo también en el contexto laboral bajo el nombre de síndrome de burnout, numerosos estudios demuestran que los profesionales de enfermería están expuestos con mucha frecuencia a dicho síndrome.

Las prácticas clínicas de los alumnos de enfermería tienen un desarrollo prácticamente idéntico al de una jornada laboral, estando expuestos al estrés de igual forma que los profesionales, sumándole a ello los propios estresores relacionados con la vida académica.

DEFINICIÓN DE ESTRÉS

Existen muchas definiciones de estrés, pero todas podrían resumirse en que el estrés es aquel proceso que se pone en marcha en el momento en el que una persona tiene la percepción de que la situación que está atravesando es ameazante.

Clásicamente se diferencian dos tipos de estrés:

- **Distrés** (comúnmente conocido como “estrés malo”): Este tipo de estrés se origina cuando hay un exceso de esfuerzo en relación a la carga, y va siempre en compañía de un desorden fisiológico (fatiga muscular, dolores de cabeza, hiperactividad...).
- **Eustrés** (comúnmente conocido como “estrés bueno”): En este tipo de estrés no se produce un desorden fisiológico, siendo este beneficioso para el propio individuo, permitiéndole adaptarse a las adversidades.

CAUSAS QUE GENERAN ESTRÉS

Las causas que generan estrés a los seres humanos también pueden ser llamadas estresores. Estas causas son muy variadas y, ante una misma situación, una persona puede sentir un gran estrés mientras que otra persona no sienta nada de estrés.

De todas formas, se han identificado causas generadoras de estrés que se repiten con mucha frecuencia en diferentes personas, estas causas son:

- Causas laborales.
- Causas familiares.
- Causas financieras.
- Mudanzas u otros grandes cambios.

EL ESTRÉS EN LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Las situaciones en las que los alumnos de enfermería sufren estrés durante las prácticas clínicas fueron estudiadas por primera vez por Zryewskyj y Davis en el año 1987.

Los estudiantes de enfermería suelen sentir un nivel de estrés medio-alto en cuánto a la realización de las prácticas clínicas, además se sabe que las mujeres suelen ser las que tienen mayores niveles de estrés.

En cuanto a las causas que generan estrés en los alumnos de enfermería, nos encontramos que las que se encuentran con mayor frecuencia son:

- Hacer daño al paciente.
- Falta de competencia.
- Impotencia e incertidumbre.

EL ESTRÉS EN LOS ALUMNOS DE ENFERMERÍA DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

Además, los alumnos de los últimos cursos suelen tener menos niveles de estrés que los alumnos de los primeros años de carrera.

Puesto que el riesgo de sufrir situaciones en las que se haga daño al paciente o se sienta incertidumbre o impotencia a la hora de tratarle, no pueden suprimirse del todo, numerosos estudios consideran que se podría reducir el estrés que producen mediante programas de actuación, profundizando en las clases en estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

- Lazarus R, Folman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca;1986.
- Estrés: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. 2007. [citado 30 de Julio de 2019]. Disponible en: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/stress.html
- López VF, López MJ. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. Rev Ciencia y Enfermería. 2011; 2:47-54.
- Zryewskyj T, Davis L. Sources of stress in third year baccalaureate nursing students. AARN-News-Lett. 1987; 43:25-25.

BIBLIOGRAFÍA

- Zupiria X, Huitzi X, Alberdi MJ, Uranga MJ, Eizmendi I, Barandiaran M et al. Stress sources in nursing practice. Evolution during nursing training. Nurse Educ Today. 2007; 27:777-87.
- Moya Nicolás M, Larrosa Sánchez S, López Marín C, López Rodríguez I, Morales Ruiz L, Simón Gómez A. Percepción del estrés en los estudiantes de enfermería ante sus prácticas clínicas. Enfermería Global. 2013; 12(31):232-53.
- Suarez-Garcia JM, Maestro-Gonzalez A, Zuazua-Rico D, Sánchez-Zaballos M, Mosteiro-Diaz MP. Stressors for Spanish nursing students in clinical practice. Nurse Educ Today. 2018; 64:16-20.

TEMA 12. EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MEDIANTE TERAPIA ASISTIDA CON PERROS, EN JÓVENES VIOLENTOS DE ENTRE 16-18 AÑOS EN UN CENTRO DE EDUCACIÓN E INTERNAMIENTO POR MEDIDAS JUDICIALES EN ZARAGOZA.

- BEATRIZ ARTAL GARCIA

ÍNDICE

1. RELACIÓN ALFABÉTICA
2. OBJETIVO
3. JUSTIFICACIÓN
4. MARCO DE REFERENCIA
5. METODOLOGÍA
6. RESULTADOS ESPERADOS
7. BIBLIOGRAFÍA
8. ANEXOS
9. INDICE DE TABLAS

RELACIÓN ALFABÉTICA

ATT

Animal Assisted therapy

CUESTIONARIO CAMA

Cuestionario de Actitudes Morales sobre Agresión

CEICA

Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón

CCAA

Comunidad Autónoma

BOE

Boletín Oficial del Estado

CUESTIONARIO RPQ

Cuestionario Agresión Reactiva y Proactiva

CEIMJ

Centro de Educación e Interpretación por Medidas Judiciales

OBJETIVO

El objetivo del estudio, es evaluar la efectividad de un programa de intervención mediante terapia asistida con perros en adolescentes, que se encuentran internados en un centro de menores y que presentan conductas violentas.

Para evaluar la eficacia de esta intervención, se quiere realizar un ensayo cuasiexperimental con un grupo de internos del CEIMJ de Zaragoza. Evaluaremos el nivel de violencia/agresividad mediante el Cuestionario RPQ preprueba — postprueba, medimos la agresividad reactiva (hostil) y proactiva (instrumental) en adolescentes.

Se aplicará el programa de intervención en el grupo seleccionado para reducir la violencia, aumentar el autoestima y mejorar las relaciones sociales.

Por último, se procede a realizar nuevamente el cuestionario, para evaluar la efectividad del programa.

JUSTIFICACIÓN

En Diciembre de 1987, se crea la Fundación Purina para difundir el papel de los animales en la sociedad. Años más tarde, en Diciembre de 2005, la Fundación Affinity, firma un convenio de colaboración a través de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para el desarrollo de un programa de TEAAC en Centros Penitenciarios en el territorio español. Estos programas de TAA, se dirigen principalmente a personas en riesgo de exclusión.

Actualmente, ha habido un aumento del interés por la aplicación de perros de terapia en las AVD, que no se pueden considerar un sustitutivo de los tratamientos convencionales con fármacos, por lo que no se deben considerar único tratamiento en el paciente.

En nuestro país, la legislación referente al menor, viene recogida por diferentes textos legales todos ellos publicadas en el BOE.

MARCO DE REFERENCIA

Las TAA, son herramientas de trabajo que deben estar dirigidos y supervisados por profesionales cualificados, ya sean personal sanitario o educativo y se pueden llevar a cabo con diferentes animales.

En nuestro caso, trabajaremos con perros de la protectora, donde encontraremos variedad de razas, de tal modo que para la selección nos vamos a guiar por el carácter del animal, más que por la raza.

En el año 2006, se elaboraron y validaron dos autoinformes, RPQ y CAMA, con los que se iba a permitir medir la motivación de violencia y agresión en los adolescentes.

Se realizó una búsqueda bibliográfica, reuniendo la información necesaria relacionada con el tema del estudio. Se obtuvieron datos significativos, así como estudios poco reveladores.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Objetivo Principal**

Disminuir o eliminar mediante el programa de intervención planteado, la conducta violenta en la población estudiada.

- **Objetivo Secundario**

  - Aumentar la autoestima de los jóvenes que van a ser objeto del estudio.
  - Mejorar las habilidades sociales de los jóvenes que van a ser objeto del estudio.
  - Demostrar la efectividad de este tipo de terapias con animales en adolescentes, demostrar un antes y un después en su comportamiento y su personalidad, abriendo así nuevas vías para la investigación.

METODOLOGÍA

Se ha desarrollado un estudio cuasiexperimental, también denominado evaluación del problema. Se realiza un estudio pre-intervención y post-intervención.

El tamaño de la muestra es pequeño, por lo que no permite aleatorización. La estrategia será longitudinal y afectará a un único grupo (no habrá grupo control) tras obtener autorización para su realización.

Para obtener la información necesaria, se hará entrega de dos cuestionarios:

- **RPQ**: refleja la agresión verbal y física, incluyendo la motivación y contexto situaciones de la agresión.
  Los ítems incluyen una escala de respuesta Likert.
- **CAMA**: nos va a permitir medir la motivación de violencia y agresión en los adolescentes

❖Criterios de inclusión

- Aceptar la participación en el estudio y firmar el consentimiento informado. Son menores, por lo que deberán firmar el tutor legal del menor.
- Tener una edad comprendida entre 16 — 18 años en el momento del estudio.
- Que vayan a estar internados durante el año 2020 o que su internamiento cumpla con la asistencia del 80% del periodo del estudio y lo realicen de manera voluntaria.

❖Criterios de exclusión

Tener diagnosticada previamente alergia a los animales.
No tener empatía y/o afecto hacia los animales.

❖Tamaño de la muestra

La población total antes de aplicar los criterios de inclusión y exclusión es de 42 internos.

RESULTADOS

- Demostrar la efectividad y confirmar los beneficios físicos, psíquicos y sociales que aportan las TAA para la disminución de la violencia, el estado de ansiedad y mejora de las relaciones sociales entre jóvenes y adolescentes mediante terapia asistida con perros.

- Según la revisión bibliográfica podemos obtener dos posibilidades:
    a) Cambio de comportamiento psicológico: disminuyendo la ansiedad y mejorando las relaciones sociales.
    b) Efectos adversos: transmisión de zoonosis, lesiones cutáneas, pérdida de animales así como no demostrar la eficacia de la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Artime, A. Todo Llorens. M. & Matilla Martínez. M. Terapia asistida con perros.2010. http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/80131/terapia_asistida_con_perros.pdf

2. Real Decreto 3250/1983,de 7 de diciembre, por el que se regula el uso de perros quía para deficientes visuales. *Boletín Oficial del Estado.* 2 de enero de 1984. 1:4. http://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-1.

3. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud.* Washington D.C. 2002. http://www.msssi.Gob.es/ciudadanos/violencia/docs/informeOMS.pdf

4. Martínez Abellán, R. La terapia asistida con animales: una perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad. *Revista Educación Inclusiva.* 2009; 2 (3):111-113

5. Fundación Affinity. http://www.terapiaconanimales.org/quienes.html

6. Andreu, J.M, Peña, M.E, Ramírez,J.M, Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva: Instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de Psicopatología Clínica.* 2009; 14(1):37-49

7. Andreu, J.M, Ramírez, J.M., Raine, A. Un modelo dicotómico de la agresión: Valoración mediante dos auto-informes /CAMA Y RPQ). *Psicopatología clínica, Legal y Forense.* 2006;5:25-42.

8. Fernández Jorge, M.T., Roldán-Gacimartín, M.I., Gil de Gómez Alfageme, M., Vargas, M.L., Lahera Corteza. G. Aplicabilidad y efectividad de la terapia asistida con animales en personas con trastorno mental grave y duradero: un ensayo piloto aleatorizado. *Rehabilitación Psicosocial.* 2013;10(1):18-24.

9. Zamarra San Joaquín, M.P., Terapia asistida por animales de compañía- Bienestar para el ser humano. *Temas de Hoy.* 2002;143-149.

ANEXOS

ANEXO I -CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO PARA EL PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Efectividad de un programa de intervención mediante terapia asistida con perros, en jóvenes violentos de entre 16-18 años en el CEIMJ de Juslibolde Zaragoza.

La investigadora *Dª Beatriz Artal García*del Trabajo de Fin de Grado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge.

Objetivos de la Investigación

1. Evaluar la efectividad de un programa de intervención mediante terapia asistida con perros en jóvenes para disminuir o eliminar conductas violentas.
2. Aumentar la autoestima de los jóvenes que van a ser objeto del estudio.
3. Mejorar las habilidades sociales de los jóvenes que van a ser objeto del estudio.

Metodología

El estudio consistirá en la recopilación de datos generales de los participantes (sexo, edad, educación obligatoria…), en el cumplimiento de cuestionarios RPQ y CAMA, pre prueba y post prueba y el programa de intervención.

Beneficios del estudio

Con este estudio, lo que pretendemos demostrar es la efectividad de un programa de intervención mediante terapias asistida con perros en jóvenes, que se encuentran internados en un centro de menores y que presentan conductas violentas, queriendo comprobar que mediante este programa conseguimos minimizar la violencia de estos jóvenes valorándolo a través de diversos cuestionarios específicos para esta patología.

Confidencialidad de Datos:

De acuerdo con la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos empleados en ésta investigación, se acogerán a la ley mencionada. Los datos personales, serán tratados de forma confidencial y no aparecerán nombres en la publicación de los resultados. De acuerdo con la ley vigente, usted tiene derecho al acceso de sus datos personales, a su rectificación y cancelación, poniéndose en contacto con la investigadora del estudio.

D/Dª _____

Con DNI Nº _____ que libre y voluntariamente, DECLARO:

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: _____ (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1) cuando quiera

2) sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio. Doy mi conformidad para que mis datos sean revisados por personal ajeno al centro, para los fines del estudio, y soy consciente de que este consentimiento es revocable.

_____

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del Tutor Legal Fecha

_____

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante Fecha

_____

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del investigador Fecha

En Zaragoza, a _____ de _____ 20___

ANEXO II - CUESTIONARIO DE AGRESION ACTIVA Y PROACTIVA EN ADOLESCENTES*(PRE PRUEBA Y POST PRUEBA)*

¿Con que frecuencia?

1. Has gritado a otros cuando te han irritado

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

2. Has tenido peleas con otros para mostrar quién era superior

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

3. Has reaccionado furiosamente cuando te han provocado otros

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

4. Has cogido cosas de otros compañeros sin pedir permiso

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

5. Te has enfadado cuando estabas frustrado

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

6. Has destrozado algo para divertirte

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

7. Has tenido momentos de rabietas

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

8. Has dañado cosas porque te sentías enfurecido

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

9. Has participado en peleas de pandillas para sentirte "guay"

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

10. Has dañado a otros para ganar en algún juego

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

11. Te has enfadado o enfurecido cuando no te sales con la tuya

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

12. Has usado la fuerza física para conseguir que otros hagan lo que quieres

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

13. Te has enfadado o enfurecido cuando has perdido en un juego14. Te has enfadado cuando otros te han amenazado

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

14. Te has enfadado cuando otros te han amenazado

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

15. Has usado la fuerza para obtener dinero o cosas de otros

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

16. Te has sentido bien después de pegar o gritar a alguien

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

17. Has amenazado o intimidado a alguien

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

18. Has hecho llamadas obscenas para divertirte

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

19. Has pegado a otros para defenderte

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

20. Has conseguido convencer a otros para ponerse en contra de alguien

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

21. Has llevado un arma para usarla en una pelea

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

22. Te has enfurecido o has llegado a pegar a alguien al verte ridiculizado

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

23. Has gritado a otros para aprovecharte de ellos

☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

ANEXO III - CUESTIONARIO C A M A *(PRE PRUEBA Y POST PRUEBA)*

UN MODELO DICOTÓMICO DE LA AGRESIÓN: VALORACIÓN MEDIANTE DOS AUTO-INFORMES

Es normal que nos enfademos en ciertas situaciones. Incluso a veces podemos justificarlo, y pensar que lo extraño sería precisamente lo opuesto: que no nos enfadáramos. En esta investigación intentamos investigar hasta qué punto es admisible que la gente reaccione con actos agresivos de distinta intensidad ante diferentes situaciones. En concreto, presentamos ocho posibles actos agresivos que podrían darse en otras tantas situaciones. La pregunta consiste en sí, en tu opinión, sería o no justificable o admisible cada uno de los actos en cada una de las situaciones.

Elige SOLO una alternativa (1: JUSTIFICABLE 2: NO JUSTIFICABLE).

Situación 1: EN AUTO-DEFENSA DE UNO MISMO		
a)	SER IRÓNICO	1 2
b)	AMENAZAR	1 2
c)	IMPEDIR QUE ACTÚEN	1 2
d)	TORTURAR	1 2
e)	CHILLAR ENFADADO	1 2
f)	PEGAR	1 2
g)	ENFURECERSE	1 2
h)	MATAR	1 2

Situación 2: PARA PROTEGER A OTRA PERSONA		
a)	SER IRÓNICO	1 2
b)	AMENAZAR	1 2
c)	IMPEDIR QUE ACTÚEN	1 2
d)	TORTURAR	1 2
e)	CHILLAR ENFADADO	1 2
f)	PEGAR	1 2
g)	ENFURECERSE	1 2
h)	MATAR	1 2

Situación 3: CUANDO FALLA LA COMUNICACIÓN CON OTRO		
a)	SER IRÓNICO	1 2
b)	AMENAZAR	1 2
c)	IMPEDIR QUE ACTÚEN	1 2
d)	TORTURAR	1 2
e)	CHILLAR ENFADADO	1 2
f)	PEGAR	1 2
g)	ENFURECERSE	1 2
h)	MATAR	1 2

Situación 4: CUANDO ESTAMOS ENFADADOS		
a)	SER IRÓNICO	1 2
b)	AMENAZAR	1 2
c)	IMPEDIR QUE ACTÚEN	1 2
d)	TORTURAR	1 2
e)	CHILLAR ENFADADO	1 2
f)	PEGAR	1 2
g)	ENFURECERSE	1 2
h)	MATAR	1 2

Situación 5: PARA PROTEGER NUESTRA PROPIEDAD		
a)	SER IRÓNICO	1 2
b)	AMENAZAR	1 2
c)	IMPEDIR QUE ACTÚEN	1 2
d)	TORTURAR	1 2
e)	CHILLAR ENFADADO	1 2
f)	PEGAR	1 2
g)	ENFURECERSE	1 2
h)	MATAR	1 2

Situación 6: COMO CASTIGO		
a)	SER IRÓNICO	1 2
b)	AMENAZAR	1 2
c)	IMPEDIR QUE ACTÚEN	1 2
d)	TORTURAR	1 2
e)	CHILLAR ENFADADO	1 2
f)	PEGAR	1 2
g)	ENFURECERSE	1 2
h)	MATAR	1 2

Situación 7: PARA OBTENER OBJETIVOS SEXUALES		
a)	SER IRÓNICO	1 2
b)	AMENAZAR	1 2
c)	IMPEDIR QUE ACTÚEN	1 2
d)	TORTURAR	1 2
e)	CHILLAR ENFADADO	1 2
f)	PEGAR	1 2
g)	ENFURECERSE	1 2
h)	MATAR	1 2

Situación 8: PARA PRESERVAR NUESTRA REPUTACIÓN		
a)	SER IRÓNICO	1 2
b)	AMENAZAR	1 2
c)	IMPEDIR QUE ACTÚEN	1 2
d)	TORTURAR	1 2
e)	CHILLAR ENFADADO	1 2
f)	PEGAR	1 2
g)	ENFURECERSE	1 2
h)	MATAR	1 2

TEMA 13. CELADORES A TURNOS. INFLUENCIA EN LA SALUD Y EN EL DESEMPEÑO DE FUNCIONES.

- JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- PRINCIPALES EFECTOS DEL TRABAJO A TURNOS
- EXPERIENCIA PERSONAL
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El ser humano está diseñado biológicamente para permanecer activo de día y dormir durante la noche. Esto es así porque a lo largo de la mayor parte de nuestra historia evolutiva, anterior incluso al homo sapiens, los humanos hemos tenido que adaptar nuestra actividad a los periodos de luz solar. Los cazadores-recolectores durante el día realizaban la mayor parte de sus actividades y por la noche se retiraban a cuevas a descansar o realizar otras tareas más livianas alrededor de una hoguera, o al menos es así como les imaginamos a partir de las herramientas y los restos fósiles encontrados. Más tarde con la llegada de la agricultura y la ganadería esto siguió siendo así excepto porque los humanos dejaron de ser nómadas y se asentaron en poblados y ciudades.

Desde la antigüedad se sabe que a lo largo del día el cuerpo pasa por diferentes fases y ritmos biológicos que hoy llamamos ritmos circadianos y que van ligados a los periodos de sueño y vigilia. Sabemos que el tono muscular, la agudeza mental, el estado de alerta, la frecuencia cardiaca o respiratoria por ejemplo, van cambiando a lo largo del día. Ya en el S. XVI, el famoso samurái y filósofo Miyamoto Musashi escribió que antes de enfrentarse a un oponente en un duelo había que observarle primero, conocerle y descubrir en que momento del día su enemigo tendría lo que llamaba “la fuerza vital” en niveles más bajos para batirse con él aprovechando esos periodos concretos, pero además conocerse a sí mismo también en ese sentido para evitar los enfrentamientos en los momentos del día en los que el propio Musashi sabía que gozaba de menor rapidez o reflejos.

Pero no fue hasta hace unas décadas que los turnos y nocturnidades no empezaron a establecerse de una manera algo más generalizada, y por supuesto también en los hospitales, donde la demanda de asistencia sanitaria tiene que ser cubierta a lo largo de 24 horas día. Para ello los profesionales sanitarios acuden al centro de trabajo en diferentes franjas horarias, a veces estas jornadas laborales se desarrollan dentro de un horario diurno y estable y otras veces consisten en turnos rotativos o nocturnos que pueden provocar estragos para la salud. Obviamente estos riesgos son iguales para todos los que cubren horarios variables, aunque los errores cometidos o despistes como consecuencia de una jornada laboral biológicamente inapropiada pueden llegar a ser más o menos graves según el grado de responsabilidad que ostente cada profesional en ese momento y es que hay estudios que afirman que estos ciclos antinaturales de trabajo, variables e intempestivos, además de ser insanos afectan a la calidad del servicio y rendimiento del empleado.

PRINCIPALES EFECTOS DEL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNO

Y son trastornos del sueño y sus consecuencias, infertilidad, alteración del ciclo menstrual, partos prematuros y problemas en recién nacidos, aumento en el riesgo de padecer cáncer de mama, colon, recto, endometrio, linfoma de Hodgkin y cardiopatías. Altos niveles de corticoides, artritis, respuestas metabólicas alteradas, diabetes, sobrepeso, gastritis, digestiones difíciles, úlceras de estómago, estreñimiento e incluso empeoramiento de la vida social y familiar, perdida de amistades y mayor probabilidad de divorcio, mayor propensión a accidentes y empobrecimiento del rendimiento, insatisfacción laboral y mayor propensión a abusar de alcohol, tabaco, tranquilizantes, estimulantes etc.

Según afirman científicos Christian Albrecht de Kiel (Alemania) y de la Universidad de Odense (Dinamarca) que llevaron a cabo el estudio con fondos de la unión europea, los turnos rotativos también pueden tener efectos a largo plazo y al afectar a nuestra configuración genética provocarían alteraciones del estado metabólico y fisiológico.

Pero además el trabajo a turnos incide en el número de accidentes laborales, o así lo concluyó un trabajo de investigación llevado a cabo en Canadá, donde un seguimiento durante un periodo que abarcó desde 1996 a 2006 dio como resultado de un aumento del 14,4% de los accidentes laborales en mujeres y un 8,2% de los de los hombres atribuibles al trabajo a turnos y por la noche.

Además la exposición nocturna al resplandor de la luz artificial puede reducir la calidad del sueño e incrementar el riesgo de hipertensión y de diabetes.

EXPERIENCIA PERSONAL

Y como individuo susceptible de estudio, quién mejor que yo mismo para observar de primera mano los efectos de los turnos y la nocturnidad. Tengo 47 años y trabajo de celador en un hospital a turnos. Turno de mañana de 8,00 a 15,00, turno de tarde de 15,00 a 22,00 y turno de noche de 22,00 a 8,00. El número de días que se prolonga cada turno es variable desde un día hasta siete consecutivos como máximo siendo el de noche de un solo día generalmente.

TURNO DE NOCHE:

Vengo observando que durante el turno de noche cometo más errores o despistes en las tareas de menor entidad como consecuencia de una especie de confianza o relajación del estado de alerta. También observo mayor dificultad para orientarme en hospitales grandes y disminución considerable de las habilidades sociales y comunicativas.

Aunque esté mal decirlo, también noto un descenso en los niveles de empatía. El día que salgo del turno de noche me cuesta conciliar el sueño, si es que llego a hacerlo, y su duración nunca supera las cuatro horas cuando lo consigo. Normalmente al día siguiente estoy más irritable, con problemas digestivos y somnolencia diurna.

TURNO DE MAÑANA:

Es el turno donde alcanzo un mayor y mejor rendimiento. También mis habilidades sociales y comunicativas están en su momento óptimo y gozo de una buena capacidad empática. Aunque algunas veces voy a trabajar con pocas horas de sueño, mi estado de vigilia mejora a lo largo del día. Me siento capacitado durante este turno para desempeñar tareas de alta intensidad física. Las digestiones son más cómodas pero a veces tengo insomnio sobre todo los primeros días. Aumento de peso durante este turno.

TURNO DE TARDE:

Aunque es el turno en el cual duermo mejor y más horas, siento que tengo menos vitalidad que en el de mañana y según van encadenándose jornadas de tarde voy mejorando en este sentido. Noto cierta debilidad o desgana en el cambio de turno de mañanas a tardes a pesar de que entre ambos median veinticuatro horas de descanso. También somnolencia a primeras horas de la tarde que mejora según van pasando los días. Habilidades sociales y comunicativas algo más espesas que en el turno de mañana y buena capacidad empática. Pierdo peso durante este turno.

CONCLUSIÓN

Los celadores y el resto de profesionales del mundo hospitalario que trabajamos rotando nuestros horarios nos estamos dejando la salud física y mental literalmente en beneficio de la sociedad. No estaría de más que dicha sociedad revertiera algo más de este bien común sobre nosotros, tal vez acortando los periodos de cotización necesarios para recibir un retiro digno o adelantando la edad de jubilación de manera proporcional a los años trabajados a turnos.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Miyamoto Musashi, Libro de los cinco anillos, Yuval Noah Harari, Sapiens De animales a dioses
- **Artículo de revistas:** “Fatiga laboral y aumento de peso” (Publicado en “por Experiencia” nº29 julio 2005) Un informe de la Universidad de Helsinki, publicado en la revista “Journal of Obesity”
- Turnos de trabajo insanos” (Publicado en “por Experiencia” nº29 julio 2005) Dos estudios promovidos por el Gobierno Británico, de los que se ha hecho eco la revista “New Scientist”
- “Fatiga laboral y aumento de peso” (Publicado en “por Experiencia” nº29 julio 2005) Un informe de la Universidad de Helsinki, publicado en la revista “Journal of Obesity”,

- “El trabajo nocturno podría incrementar el riesgo de hipertensión y de diabetes” (Publicado en “por Experiencia” nº52 abril 2011) estudio publicado en la revista “Journal of Clinica Endocrinology & Metabolism” el pasado mes de enero (2011)
- **Página WEB :** http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdf

•TEMA 14. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

•ANA VIOR LÓPEZ

•ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO

ÍNDICE:

1.- INTRODUCCIÓN .
2.-DEFINICIÓN DE ETS.
3.-ETS MÁS COMUNES EN ESPAÑA:
4.-¿CÓMO SE TRANSMITEN LAS ETS?.
5.-CÓMO PREVENIR LAS ETS.
6.-BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCIÓN:

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) son más comunes de lo que podemos pensar, sobre todo en población juvenil y personas con varias parejas sexuales.

Una de cada cuatro personas contraerá una infección sexual antes de dejar el instituto. Es importante tomar ciertas precauciones para prevenir estas enfermedades, pero estos datos también indican que estos contagios, generalmente, están provocados por falta de conocimientos.

2.-DEFINICIÓN DE ETS (Enfermedad de Transmisión Sexual):

Una enfermedad de transmisión sexual es aquella que se contagia durante el sexo y a través de fluidos como el semen, el flujo vaginal o la sangre de una persona infectada a otra. Las ETS pueden estar producidas por cuatro agentes diferentes: bacterias, hongos, virus y parásitos.

Existen más de 20 tipos distintos de enfermedades de transmisión sexual, unas más frecuentes que otras.

3.-ETS MÁS COMUNES EN ESPAÑA:

- **Virus de Papiloma Humano (VPH):** la más común en España y a nivel mundial. Puede estar provocada por los diferentes tipos de **virus** del papiloma humano, que podemos clasificar en dos tipos: de bajo riesgo y de alto riesgo.
- **Clamidia:** enfermedad **bacteriológica** que puede afectar a distintas zonas del cuerpo. En el caso de mujeres en recto, garganta y cuello del útero, en el caso de los hombres en uretra, garganta y recto.
- **Herpes genital:** causado por dos tipos de **virus**: el VHS-1, que afecta a boca y labios pero puede contagiarse a los genitales, y el VHS-2 que provoca el herpes genital y que puede transmitirse tanto a través del contacto con la piel como secreciones genitales y orales.

- **Gonorrea:** enfermedad causada por la **bacteria** Neisseria gonorrhoeae que provoca infecciones en zonas como los genitales, el recto y la garganta. Puede provocar infertilidad.
- **Sífilis:** enfermedad causada por la **bacteria** Treponema pallidum. Es importante tratarla a tiempo, porque puede producir daños cerebrales, ceguera y/o parálisis.
- **Tricomoniasis:** causada por el **parásito** Trichomonas vaginalis. Requiere tratamiento médico para evitar el aumento del riesgo de contraer VIH o la aparición de otras infecciones secundarias.

3.-CÓMO SE TRANSMITEN LAS ETS:

Se contagian a través del intercambio de fluidos como el semen o el flujo vaginal con personas infectadas durante las relaciones sexuales sin preservativo, ya sea por vía oral, anal o vaginal. Existen algunas ETS que también se transmiten por el contacto con la sangre de personas afectadas, lo que ocurre comúnmente cuando se comparten objetos como las jeringas.

Otras como el herpes genital, se transmiten por el contacto directo con áreas de la piel o mucosas infectadas, lo que puede ocurrir a través del roce o durante el sexo.

5.-*CÓMO PREVENIR LAS ETS:*

Si eres sexualmente activo, sólo hay un método que te ayudará a protegerte de las ETS durante las relaciones sexuales: el uso de preservativo en cada encuentro sexual.

Usar preservativo es sencillo y rápido y te permite disfrutar de una sexualidad mucho más segura.

5.-BIBLIOGRAFÍA:

- Enfermedades de transmisión sexual en niños y adolescente, contagio por el virus del papiloma humano. Bertha Elizabeth, Benavides Yánez, Mery Adriana, Franco Carrasco, Roberto Jairo Tuesca Armijos, Marcelo Kevin Taiano Espinoza. Revista científica de investigación y el conocimento ISSN-e 2588-073X, Vol. 2, Nº 3, 2018, págs. 410-421.

- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/enfermedades-transmision-sexual
- https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sexually-transmitted-diseases-stds/symptoms-causes/syc-20351240
- https://www.lavanguardia.com/vivo/sexo/20161103/411517106520/enfermedades-de-transmision-sexual-ets-sintomas-tratamiento.html
- https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/infecciones/enfermedades-de-transmisión-sexual-ets/introducción-a-las-enfermedades-de-transmisión-sexual-ets

TEMA 15. DEPRESION EN LOS ANCIANOS.

- ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

INTRODUCCIÓN

La vejez atrae muchos elementos negativos y tristes que acaban en una depresión por la muerte de un ser cercano, la jubilación, menos ingresos, aumento de problemas físicos, el deterioro.

Las mujeres parecen más proclives a la depresión, pues doblan el numero de casos masculinos, un porcentaje supera estos trances con una gran entereza de ánimo probablemente después de una vida de gran resistencia ante las adversidades. Se estima que entre un 15 y 20% de las personas mayores padece algún rasgo depresivo, y de esta cantidad sólo el 30% vive un caso lo suficientemente severo como para ser considerado por los especialistas como enfermedad depresiva.. La detección certera de esta patología depende en gran medida del lugar donde se realice la evaluación diagnóstica (hospital, centro de salud, domicilio, etc.

ÍNDICE

1.- SINTOMAS
    1.1.-Síntomas habituales.
    1.2.-Síntomas característicos del anciano.
2.- CAUSAS
3.- DIAGNOSTICO
4.- TIPOS DE DEPRESION
5.- ACTITUD ANTE LA DEPRESION
6.- TRATAMIENTO

1.- SINTOMAS

- La imagen que tenemos de la depresión es de un estado de profunda tristeza. Estos síntomas conforman la depresión, pero no son los únicos.
- Es necesario distinguir si los signos manifestados por un anciano guardan el esquema depresivo típico en personas de menor edad.
- Se ha comprobado que, efectivamente, hay similitudes entre ambas poblaciones de edad respecto a la depresión, aún cuando los resultados de estudios realizados sobre este tema, siendo útiles y válidos, sigan dejando un cierto grado de confusión.

1.1.-Síntomas habituales.

Los síntomas más habituales son:

- Sensación de cansancio. Pesadez en piernas y brazos.
- Pérdida del apetito. Pérdida de deseo sexual.
- Deseo de aislarse. Cambios bruscos de humor.
- Menos horas de sueño.
- Gran desconfianza interior. Lentitud de las acciones.
- Sentirse pesimista. Dolores generales.
- Sentimientos de culpabilidad o de propia maldad.
- Sentimiento de frustración.
- Pensamientos suicidas. Ansiedad, preocupación
- Un declive pronunciado del interés por la vida.
- Dificultades para pensar, problemas de memoria.

1.2.-Síntomas característicos del anciano.

- En las personas mayores algunos síntomas (pérdida de apetito, problemas de sueño, etc.) pueden depender de la depresión o ser secundarios a condicionamientos físicos como las cardiopatías o la artritis. Los síntomas somáticos frecuentes en un anciano depresivo son:

  - Dolor generalizado y difuso.

  - Mareo y vértigo.

  - Síntomas gastrointestinales (anorexia, náusea, estreñimiento y diarrea).

  - Síntomas cardiovasculares(dolor precordial, taquicardia y palpitaciones).

  - Síntomas respiratorios (disnea y asma).

2.- CAUSAS

- Las personas deprimidas suelen acusarse a sí mismas de su estado, motivado normalmente porque lo juzgan todo desde un plano negativo. Desesperanzado y demasiado autocrítico.
- Puede estar provocado por varias razones:

-Enfermedades.
-Ciertos fármacos.
-Abuso de drogas o alcohol.
-Muerte de la pareja o personas cercanas.
-Deterioro espectacular en el proceso de envejecer.
-Otros problemas mentales (psiquiátricos).
-Por herencia genética.
-Motivos económicos y sociales.

- Las depresiones a veces surgen espontáneamente, pero es más corriente que vengan precedidas por algún suceso como un duelo.
- El envejecimiento es una nueva etapa en la vida con una obligada adaptación a una disminución de ingresos, pérdida de relevancia social, menos exigencias en la actividad diaria, etc.
- Los expertos estiman que las causas genéticas poseen menos importancia en los casos de ancianos que en los de los adultos jóvenes. Algunos ancianos se deprimen porque ya tuvieron esta enfermedad en etapas anteriores de su vida.

3.- DIAGNÓSTICO

- Los estudios de neuroimagen, TAC, RM, SPECT y PET proporcionan información de escaso aprovechamiento médico en estos casos
- Ante un diagnóstico, debe siempre tenerse en cuenta que los ancianos pueden presentar síntomas depresivos originados en trastornos distintos a las enfermedades psiquiátricas primarias.
- Cuando se diagnostica una depresión es indispensable la certeza de que los síntomas no son resultado de una causa subyacente o secundaria.

4.- TIPOS DE DEPRESION

- Existen tres tipos principales de depresión:

- **Depresión Severa**. La persona padece prácticamente todos los síntomas depresivos más graves, parando estos el curso normal de su vida.
- **Depresión Moderada**. La persona padece bastantes síntomas del cuadro depresivo normal, afectando el desarrollo cotidiano de su vida.
- **Depresión Leve**. La persona sólo padece algunos síntomas depresivos, que te obligan a hacer esfuerzos suplementarios para enfrentarse a la vida diaria.

5.- ACTITUD ANTE LA DEPRESION

- Muchas personas ignoran que la depresión es una enfermedad y eso les lleva a aun sentimiento de culpa por los síntomas que tienen, sin conocer los tratamientos que existen.
- La ayuda profesional es el mejor camino para resolver este problema, por eso debemos convencer al anciano que conste a su médico habitual esos síntomas que padece. Ya que hoy en día, un médico de familia puede ser una gran ayuda contra los problemas emocionales, ya que casi todos poseen los conocimientos necesarios básicos.
- Comúnmente, se recurre a la ayuda médica cuando la depresión ha avanzado hasta situarse en un estado preocupante o grave.

6.- TRATAMIENTO

- De manera resumida , podemos hablar de tres clases de tratamientos contra la depresión:
    1. **Tratamiento físico** mediante psicofármacos antidepresivos o terapia electroconvulsiva, o un conjunto de ambos
    2. **La psicoterapia** basada en técnicas psicológicas adecuadas, según las directrices adoptadas por el terapeuta especializado
    3. **Apoyo familiar y social** este es necesario y fundamental para la buena recuperación de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

•LIBROS:

Katona C.L.E: Depression in Old Age. John Wile y Et Sons, 1994.

Blanchard M, Mann a Dépression des sujets agès in “Les maladies dèpressives”, J.P. Olié, M.F. Poirier, H. Lôo Ed., Flammarion, Pariís 1995.

Alonso Fernández, F. : La depresión y su diagnóstico. Labor, Barcelona, 1988

Rojas, E.: Psicopatología de la depresión. Salvat editores.

TEMA 16. EL DESCONOCIDO ESTRÉS LABORAL BURNOUT.

BIBIANA NUÑO PÉREZ
CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ
TANIA Mª PRIETO FERNÁNDEZ
SILVIA Mª PRIETO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- Introducción
- Concepto
- Objetivos
- Componentes
- Síntomas
- Causas
- Tipos
- Prevención
- Consecuencias
- Conclusión
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Herbert Frederbergen, psicólogo estadounidense fue uno de los pioneros en llevar un estudio sobre el síndrome de Burnout, al que definió como una sensación de fracaso y una existencia agotada o desgastada que resulta de la sobrecarga por exigencias de energías de los recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

CONCEPTO

Burnout es un tipo de estrés crónico, hasta hace poco tiempo, no reconocido como tal, popularmente llamado "síndrome de estar quemado". Este tipo de estrés está ligado al entorno laboral siendo este entorno la causa principal del desgaste emocional y físico de los trabajadores que lo padecen.

OBJETIVO

Dar a conocer el Burnout y las causas que lo generan para poder actuar con métodos preventivos. Para mejorar la capacidad funcional y mental de los trabajadores que padecen este tipo de estrés.

Previniendo los trastornos detectados mediante terapias y programas adecuados, con la colaboración familiar

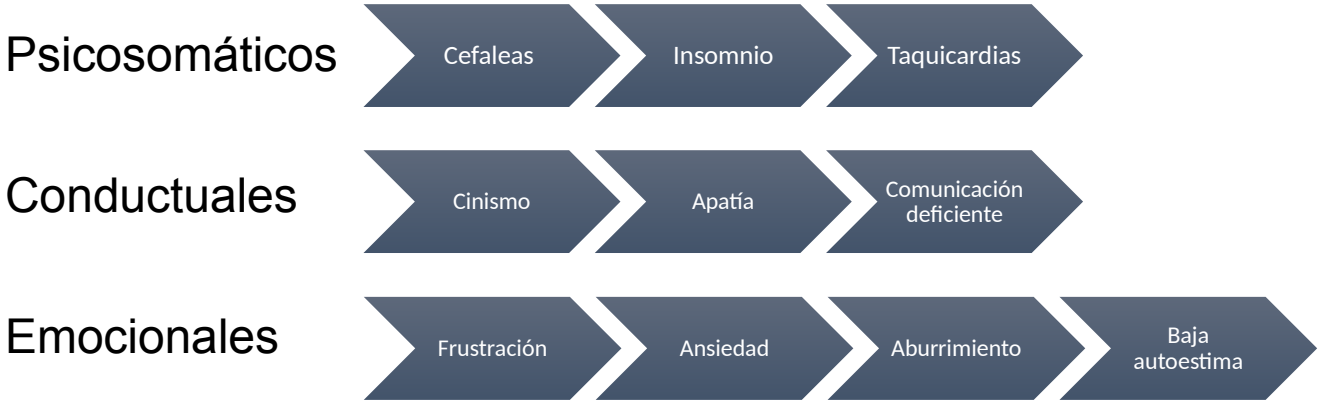
COMPONENTES

Este síndrome lo suelen padecer los trabajadores que tienen profesiones vinculadas a relacionarse con las personas (policías, docentes, sanitarios, etc).

Dichos profesionales acaban volviéndose menos sensibles, poco comprensibles e incluso con actitudes agresivas en su relación con el usuario.

SÍNTOMAS

Los síntomas pueden ser muy diversos, diferenciándose tres tipos:



CAUSAS

- Factores laborales:
  - Carga excesiva de trabajo
  - Poca capacidad para tomar decisiones
  - Falta de tiempo para organizarse
  - Turnos en los horarios
- Factores sociales:
  - Horarios de comidas
  - Apoyo familiar del trabajador

TIPOS

Gillespie diferenció dos tipos:

1. Burnout activo: Mantenimiento de la persona afectada, con una conducta asertiva, relacionada con factores externos a la profesión
2. Burnout pasivo: Sentimiento de retirada y apatía encaminados a factores internos psicosociales

PREVENCIÓN

Se han adoptado las siguientes pautas preventivas como consecuencia del creciente numero de casos de Burnout :

- Actitud asertiva
- Delegación de tareas en otro compañeros
- Finalizar una tarea antes de empezar otra
- Equilibrio emocional entre familia y empleo
- Formación laboral

CONSECUENCIAS

La falta de seguridad y frustración del trabajador aumentaría si no tomáramos medidas de prevención.

Mientras los síntomas se van desarrollando de manera creciente, el trabajador tendría problemas para realizar las tareas básicas relacionadas con el desempeño de su trabajo, lo cual podría desencadenar otro tipo de trastorno relacionado con el alcohol o las drogas.

CONCLUSIÓN

Debido al gran aumento de casos relacionados con el Burnout en estos últimos años, las administraciones deberían dedicar una parte de sus recursos para tratar a sus trabajadores de forma personalizada, previniendo así esta enfermedad a los nuevos y futuros operarios, con formación continuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Portales webs específicos del tema
- Biblioteca.unex.es
- https://www.redalyc.org
- Médicos y pacientes.com
- Artículos académicos Frederbergen

TEMA 17. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT).

- MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- CAUSAS
- SÍNTOMAS
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

El trastorno de estrés postraumático (también conocido como TEPT) es un trastorno que presentan algunas personas después de haber presenciado o vivido un episodio dramático, impactante, peligroso o terrorífico en su vida.

El TEPT es una enfermedad real que hace que la persona que lo padece se sienta estresado y atemorizado después de haber pasado la situación causante, afectando a su vida y a la de la gente cercana

El Trastorno de estrés postraumático es un trastorno de ansiedad que ocurre tras experimentar un trauma emocional que implica amenaza de lesión o muerte.

En una persona que sufre TEPT su organismo sigue secretando las hormonas y los químicos del estrés lo que impide volver a la “normalidad” tras el hecho causante

CAUSAS

- El TEPT puede darse a cualquier edad y manifestarse después de circunstancias como:
- Un accidente
- Una agresión
- Actos violentos
- Agresión sexual
- Abuso infantil
- Terrorismo
- Desastres naturales.
- Guerra
- Violencia doméstica
- Pérdida traumática de un ser querido

SÍNTOMAS

Además de poder tener síntomas de ansiedad, estrés y tensión, el TEPT presenta los siguientes síntomas:

- Reviviscencia del hecho causante perturbando las actividades diarias del paciente: se producen episodio donde el incidente parece suceder de forma continuada teniendo recuerdos, pesadillas y reacciones fuertes a las situaciones que recuerdan el hecho.
- Evasión: Sentimientos de indiferencia, falta de interés, apatía, tratan de evitar lugares, personas o situaciones que le hagan recordar el hecho.
- Hiperexcitación: Falta de concentración, irritabilidad, hipervigilancia, dificultades para conciliar el sueño
- Estado de ánimo, pensamientos y sentimientos negativos: Se culpa a sí mismo o a otros de lo sucedido, incapacidad para recordar lo que pasó, pérdida de interés.

TRATAMIENTO

El tratamiento puede basarse en la psicoterapia, en medicamentos o en ambos.

- La psicoterapia practicada por profesionales en salud mental ayuda al paciente a manejar los síntomas del trastorno y le enseña técnicas de relajación y manejo del estrés.
- Los medicamentos irán encaminados a aliviar la depresión y la ansiedad así como facilitar el sueño.
- También existen grupos de apoyo formados por personas que han vivido una experiencia traumática. Estos grupos aunque no sustituyen las medicinas o la psicoterapia son un buen complemento

BIBLIOGRAFÍA

Página WEB :

- Trastorno de estrés postraumático. Disponible en: https://medlineplus.gov
- Síndrome de Estrés Postraumático: Que es? Síntomas y tratamientos – CuidatePlus- Marca. Disponible en: https://cuidateplus.marca.com
- Trastorno de estrés postraumático(TEPT) – Síntomas y causas - Mayo Clinic. Disponible en : https://www.mayoclinic.org

TEMA 18. EL RECICLAJE DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD.

- CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ
- BIBIANA NUÑO PÉREZ
- SILVIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ
- TANIA PRIETO FERNÁNDEZ

INDICE

- Introducción
- Tipos de reciclaje
- El punto limpio
- Contenedores de reciclaje
- Etapas del proceso de reciclaje
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

•El reciclaje se encarga de transformar productos y materiales usados en otros nuevos.

•Para comenzar nuestra labor ecológica y colaborar en el cuidado del medio ambiente es fundamental tener un planeta sostenible basado en el aprovechamiento del 100% de las materias primas.

TIPOS DE RECICLAJE

- **Reciclaje de plástico**
- El plástico es un material no biodegradable, que tarda más de 200 años en degradarse cuando se libera en la naturaleza.
- El proceso de reciclaje del plástico consiste en recolectarlo, hacer una selección y clasificarlo. Posteriormente se limpia y se trocea para finalmente proceder a fundirlo. Este luego se utilizará como materia prima en la fabricación de nuevos objetos de plástico.

- **Reciclaje de papel**
- El papel sí es un material biodegradable, pero como es uno de los materiales más utilizados en todo el mundo, es muy conveniente reciclarlo en lugar de obtenerlo de su fuente natural, la madera de los árboles. En el proceso de reciclaje del papel, éste se tritura y se somete a tratamientos para disgregar las fibras de celulosa que lo forman y convertirlo en pasta de papel, que se utiliza como materia prima en el proceso de fabricación del papel.

- **Reciclaje de vidrio**
- El vidrio es probablemente el material que mejor se adapta al reciclado ya que puede ser reutilizado y procesado una cantidad infinita de veces. Cuando el vidrio es sometido al proceso de reciclaje se ahorra hasta un 30% de la energía necesaria para la producción de vidrio nuevo.

- **Reciclaje de baterías y pilas**
- El reciclaje de baterías y pilas resulta muy importante para el cuidado del medio ambiente, ya que generalmente éstas son fabricadas con materiales contaminantes como metales pesados y otros compuestos tóxicos que son muy nocivos si se liberan en la naturaleza. Al reciclarlos se evita el peligro de que lleguen al medio ambiente y se ahorra en los procesos de fabricación.

- **Reciclaje de aluminio**
- Es un proceso mediante el cual, los desechos de aluminio pueden ser convertidos en otros productos tras su utilidad primaria. Este proceso implica simplemente refundir el metal lo cual es mucho más barato y consume mucho menos energía que la producción de aluminio a partir de la electrólisis de la alúmina. Reciclar aluminio desechado requiere solamente el 5% de la energía que se consumiría para producir aluminio de la mina.

- **Reciclaje de alimentos orgánicos**
- El Reciclaje orgánico, es aquel en el que la materia a reciclar, proviene de desechos naturales como son los alimentos, hojas, seres vivos o excrementos. Estos restos tienen un proceso natural de descomposición, por lo que rápidamente desaparecen para formar parte de nuevo del ciclo de la vida.

- **Reciclaje de tela**

- La tela, en general, debe depositarse en los contenedores de ropa autorizados.
- Es necesario donar, vender o regalar, ¡nunca tirar!

- **Reciclaje de aceites**

- Un detalle importante es que no debemos mezclar el aceite de motor con el aceite de cocina.
- El aceite de motor usado se puede reciclar, llévalo a tu punto limpio más cercano o pregunta en tu taller habitual o en el desguace más cercano donde tirar el aceite usado.
- El aceite de cocina se deposita en contenedores especiales.

- **Reciclaje de medicamentos**

- Los medicamentos que ya no se van a consumir y desechamos a través de los medios convencionales, contaminan el medio ambiente. Por ello existen lugares para depositarlos. en su farmacia más cercana.
- En el contenedor de reciclaje del SIGRE

EL PUNTO LIMPIO

- Los objetos elaborados con porcelana, loza o cerámica necesitan una mayor temperatura de fusión que otros materiales. Pero es posible reciclarlos, como sanitarios, wáteres, lavamanos, jarrones u otras piezas de cerámica, electrodomésticos o muebles viejos.
- Para ello, los ayuntamientos habilitan unas zonas especiales destinadas a depositarlos, para luego poder ser reutilizados.

CONTENEDORES DE RECICLAJE

- **Contenedor amarillo**: envases de plástico, latas y briks
- **Contenedor azul**: papel y cartón
- **Contenedor verde**: cristal
- **Contenedor naranja**: aceite usado
- **Contenedor rojo**: residuos peligrosos
- **Contenedor marrón**: materia orgánica
- **Contenedor gris o verde oscuro**: se tirarán todos aquellos residuos que no son reciclables
- **Contenedor de ropa y calzado**: de diferente color según la provincia.

- **Contenedor de escombros**: Contenedores especiales para los restos de obras de construcción contratados por empresas especializadas durante un determinado tiempo como ladrillos, cerámica, hormigón, piedras, madera o incluso plásticos o materiales eléctricos, son reciclables las empresas encargadas de facilitar los contenedores son también las que trasladan estos desechos a las plantas de reciclaje. Tras el reciclaje de los escombros, estos se destinarán a nuevos usos, como estabilizar suelos y carreteras, el mantenimiento de vías, drenajes, rellenos, etc.

ETAPAS DEL PROCESO DE RECICLAJE

BIBLIOGRAFÍA

- Gobierno de la Rioja. riojasalud.es
- Estrategia nacional de reciclaje 2016-2021. Ministerio de salud. Políticas y planes de salud
- Blog de KernPharma
- www.recytrans.com/blog/tipos de reciclaje
- Ecoembesdudasreciclaje.es
- Otras webs específicas del tema.

TEMA 19. EL SÍNDROME DE BURNOUT SERÁ ENFERMEDAD PROFESIONAL EN 2022.

- LAURA RODRÍGUEZ PIÑERA
- MARIA DEL MAR RODDRÍGUEZ PIÑERA

ÍNDICE

- ORIGEN
- INTRODUCCIÓN
- SÍNTOMAS
- POSIBLES MEDIDAS PREVENTIVAS
- CONCLUSIONES: LA NECESIDAD DE EVALUAR RIESGOS
- METODOLOGÍA
- BIBLIOGRAFÍA

ORIGEN

El origen de del término Burnout se debe a la novela de Graham Greene, “A bournout Case”, publicada en 1961, en la que narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse en la selva africana. A partir de ese momento se comenzó a utilizar en la literatura especializada sobre estrés laboral.

El síndrome fue descrito por primera vez en 1969 por el psicólogo H.B. Bradley para describir un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término *staff burnout.*

Más tarde, en el año de 1974, el psicólogo estadounidense de origen alemán Herbert J. Freudenberger que trabajaba en la Clínica Libre de Nueva York, realiza un extenso estudio de campo sobre el personal sanitario en el que describe los síntomas que padecen las personas con agotamiento profesional. Él propone que son sentimientos de agotamiento y frustración además de cansancio que se generan por una sobrecarga e incluye en su explicación el término de adicción al trabajo, siendo también el primero en proponer este tipo de relación asociada a un desequilibrio productivo.

Posteriormente, en el año de 1980, Freudenberger publica su libro "*Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*" (que podría traducirse como "Burn Out: el alto coste del gran logro: qué es y cómo sobrevivirlo", en español), obra que se convertirá en referente primordial para

el estudio de este cuadro que aborda el desgaste laboral, en él amplía su teoría y conceptualización agregando que estos sentimientos se deben a cargas irracionales de trabajo que ellos mismos o quienes los rodean les imponen.

Para ese mismo año, en 1980, aparece Cary Cherniss, un psicólogo estadounidense que se especializa en las áreas de inteligencia emocional, estrés, liderazgo, desarrollo y predicción del cambio organizacional. Él conceptualiza el Burnout ante un congreso de la Asociación Estadounidense de Psicología definiéndolo como un síndrome tridimensional que consideraba sus "dimensiones de análisis" en tres momentos:

Primer momento: que va asociado a un desequilibrio entre la carga laboral y las posibilidades del sujeto de responder de forma óptima a esta.

Segundo momento: que habla de la presencia de una respuesta emocional negativa fuerte.

Tercer momento: que propone un cambio conductual y actitudinal en el que se sumerge el sujeto. Contemporánea a esta propuesta surge la de Jerry Edelwich y Archie Brodsky, quienes definen el Burnout *como "una perdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo"*. Proponen **cuatro fases** por las cuales pasa todo individuo con **burn out:**

Etapa de idealismo y entusiasmo: El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hipervalorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los

límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.

Etapa de estancamiento. Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.

Etapa de apatía. Es la fase central del síndrome burn out. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos.

Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante.

Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de burn out, la del distanciamiento.

Etapa de distanciamiento. La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa.

En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y responsabilidades de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.

En 1977, la psicóloga social e investigadora Christina Maslach realizó una exposición de ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, utilizó el término burnout como “el síndrome del desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores”. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizativos y sociales. Posteriormente, en el año 1981, las autoras Christina Maslasch y Susan E. Jackson realizaron una aportación operativa definiendo el burnout mediante su cuestionario “Maslach Burnout Inventory” (MBI) como un síndrome tridimensional caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización (en la que se generan actitudes de sacasmo ante sus compañeros de trabajo) y la falta de

realización personal y profesional, insistía en los mismos elementos y proporcionaba un instrumento que permitía evaluar los niveles del problema. Es hasta ahora el concepto más aceptado del síndrome.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) ha introducido el QD85 Burn-out en el apartado de “Problemas asociados al empleo o desempleo”.

Según Pedro Rafael Gil-Monte, catedrático de psicología social y de las organizaciones de la Universidad de Valencia, que lleva décadas investigando el síndrome. Él prefiere llamarlo “síndrome de quemarse por el trabajo”, porque destaca que “el origen del problema es el trabajo” y no el empleado.

A menudo el “burnout” se esquipara al trabajador estresado, pero detrás hay mucho más. “El estrés en el trabajo puede ser bueno si es controlable por la persona. El organismo necesita una dosis de estrés para activarse y para no caer en la dejadez y la apatía. Ese estrés se compensa con el descanso,

pero el problema llega cuando se es incapaz de descansar y el estrés se convierte en crónico", apunta Gil-Monte.

Según la última encuesta de "Condiciones de trabajo en el Principado de Asturias" realizada por el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales, que data de 2007, el 27% de los ocupados en la región consideran que el estrés en el trabajo afecta a su salud. "En los últimos años tenemos la sensación de que los casos de estrés crónico ha aumentado por el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación y la imposibilidad de desconectar del trabajo" señala Gerardo Argüelles, Secretario de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Asturias.

"El síndrome de quemarse en el trabajo es una respuesta psicológica a ese estrés crónico y se da con frecuencia en los trabajadores que desarrollan su actividad en contextos laborales que requieren relaciones interpersonales con un intenso contenido emocional o muy demandantes, como

puede ser el caso de médicos y enfermeros, profesores, miembros de las fuerzas del orden público o trabajadores de servicios sociales" según Gil-Monte, autor de libros de referencia en la materia como "El síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar" y de cuestionarios de evaluación del síndrome avalados por organismos internacionales.

Síntomas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), dentro de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) ha introducido el QD85 Burn-out en el apartado de “Problemas asociados al empleo o desempleo”. En éste se indica que el burnout se caracteriza por tres dimensiones:

1) Sentimientos de agotamiento

2) Aumento de la distancia mental del trabajo, o sentimientos de negatividad o cinismo relacionados con el trabajo;

3) Eficacia profesional reducida.

El catedrático Gil-Monte, apunta que los dos síntomas principales de la enfermedad son la pérdida de ilusión por el trabajo y de la motivación (deterioro cognitivo) y un desgaste psíquico que genera agotamiento (deterioro emocional). “Si se mantienen esos dos síntomas en el tiempo aparece un tercero

que es la indolencia o despersonalización, que se manifiesta con aptitudes negativas de indiferencia ante el trabajo y las personas, y de cinismo", afirma Gil-Monte, que señala que algunos trabajadores utilizan esa indolencia como estrategia para afrontar el estrés laboral. Son profesionales que se muestran insensibles, que no sienten culpa por tratar a las personas de manera desconsiderada o agresiva y que pueden mantenerse durante años en la empresa o en el servicio público sin sufrir en sus carnes problemas relevantes vinculados al estrés laboral, aunque con sus conductas deterioran la calidad del servicio y dan lugar a quejas por parte de usuarios y compañeros de trabajo.

Pero además de ese perfil de trabajador quemado hay otro que sufre los mismos síntomas pero que además experimenta remordimientos, sentimientos de culpa por no ejercer de manera adecuada su trabajo.

“A pesar del desgaste y de que no puede dar más de sí, aumenta su implicación en el trabajo con lo que se eleva el estrés y entra en un bucle que suele acabar en bajas laborales, problemas psicosomáticos y patologías como la crisis de ansiedad o la depresión”, afirma Gil-Monte.

POSIBLES MEDIDAS PREVENTIVAS

El catedrático de la Universidad de Valencia señala que para esos casos graves de la tasa de prevalencia en España de entre un 3 y un 5% de la población ocupada y que se eleva por encima del 10% para el conjunto de afectados por el síndrome de burnout. Es una tasa similar a la europea y que se puede aplicar a Asturias. No obstante, Antonio Cano Videl, catedrático de Psicología Básica de la Universidad Complutense de Madrid y presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS), apunta que hay estadísticas que sitúan a España en los primeros puestos a nivel europeo por prevalencia del burnout.

Cano Videl afirma que esos trabajadores son víctimas, en primer lugar, de una mala organización del trabajo, pero también de la interpretación que ellos mismos hacen de su situación. “Fijarse objetivos para no caer en la rutina es

importante”, señala. Por ello, el catedrático de la Universidad Complutense de Madrid, destaca que para prevenir el síndrome del trabajador quemado hay que actuar sobre los dos factores desencadenantes. “Está claro que hay que mejorar el funcionamiento de las organizaciones y eliminar tareas inútiles, y también es importante dar voz y voto a los trabajadores para implicarlos en los cambios, pero además cada empleado debe poner, de su parte, su granito de arena”, argumenta el presidente de la SEAS.

CONCLUSIONES: LA NECESIDAD DE EVALUAR LOS RIESGOS

Tanto Antonio Cano Videl como Pedro Rafael Gil-Monte coinciden en que la declaración de la Organización Mundial de la Salud, en su 72.ª Asamblea Mundial de la Salud de 2019, sobre recalificar el Síndrome de Burnout como una enfermedad profesional a partir del año 2022 supone un giro de 180 grados que ayudará a que los riesgos psicosociales dejen de verse como el pariente pobre en la prevención de riesgos labores y que el síndrome del trabajador quemado se tenga en cuenta en la evaluación de riesgos de los puestos. “La decisión de la Organización Mundial de la Salud contribuirá también a unificar criterios en la investigación y en la evaluación de los casos”, afirma Cano Videl. “Ayudará a mejorar el diagnóstico, a que los médicos del trabajo

conozcan mejor esa patología que en ocasiones se confunde con una depresión o con una crisis de ansiedad", añade por su parte Gil-Monte.

Así mismo, Gerardo Argüelles, secretario de Salud Laboral de Comisiones Obreras de Asturias, indica "debemos exigir que al mismo tiempo se incluya dentro del listado de enfermedades profesionales de la Seguridad Social. La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales ya tiene 24 años y se centra mucho en los riesgos físicos pero no tanto en los psicosociales, que es necesario atajarlos desde la prevención".

Metodología.

El punto del que se ha partido ha sido la selección de palabras clave y/o descriptores y la elaboración del correspondiente perfil de búsqueda. El perfil genérico de búsqueda ha sido: “burnout”, “salud personal”, “síndrome”, “trabajador quemado”, “organización mundial de la salud”, “nueva enfermedad”. Dicho perfil ha sido adaptado a cada una de las bases de datos seleccionadas, utilizando los correspondientes tesauros, en caso de existir. Esta adaptación ha supuesto utilizar “estrés laboral” en las bases de datos no médicas, por ser el descriptor con el que indexan los documentos sobre burnout.

La selección de las bases de datos se ha realizado atendiendo a los criterios de:

1.- Especialización de las materias y/o áreas que tratan.

2.- Amplitud geográficotemporal.

3.- Impacto en las consultas científicas.

4.- Tipo de documentos que indexan.

5.- Grado de comparación de los campos en los que se almacena la información

6.- Disponibilidad de acceso.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:**
- "Síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición". Autores: Tirso Javier Hernández Gracia, Omar Ernesto Terán Varela, Dolores Margarita Navarrete Zorrilla, Andrea León Olvera.
- "Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida". Autores: Bernardo Moreno-Jiménez, José Luis González, Eva Garrosa. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud de la UAM. Publicado en: J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. (2001).
- "El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica". Autores: E. Gaynésa, M.Giménez y M. Portell.

- “El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión”. Autora: Anabella Martínez Pérez de la Universidad de La Rioja, Vivat Academia.
- “Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario”. Autor: Juan Carlos Atance Martínez.
- Organización Mundial de la Salud año 2019, de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).
- Universia España. Universia.net
- “Manual de Psicosociología aplicada al trabajo y a la prevención de los riesgos laborales” Autor: Pedro Rafael Gil-Monte. Ediciones Pirámide ISBN:978-84-368-3144-3 .
- “El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) “. Autores: Pedro Rafael Gil-Monte y Bernardo Moreno Jiménez. Ediciones Pirámide. ISBN 978-84-368-2112-3.
- “El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) “. Autor: Pedro Rafael Gil-Monte. Ediciones Pirámide. ISBN 978-84-

- "Desgaste psíquico en el trabajo". Autores: Gil-Monte, Pedro R. y Peiró, José María. Ediciones Síntesis. ISBN 978-84-7738-472-4.
- "
  CESQT, Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo
  " Autor: Gil-Monte, Pedro R. TEA EdicionesU. ISBN 978-84-15262-16-9 .
- Maslach, Christina; Schaufeli, Wilmar; Leiter, Michael (2001). «Job Burnout». *Annual Review of Psychology* **52** (1): 397-422. ISSN 0066-4308.
- Davis, Bancroft (2010). «Preventing clergy Burnout: Assessing the value of a mindfulness-based intervention as part of a holistic clergy wellness program». *Dissertation Presented to The Faculty ofthe Department of Professional Psychology Chestnut Hill College In Partial Fulfillment of the Requirements of the Degree Doctor of Psychology*. Department of Professional Psychology, Chestnut Hill

TEMA 20. EL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC).

- TAMARA LÓPEZ HEVIA
- REBECA LÓPEZ HEVIA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. TIPOS DE TOC
3. CAUSAS
4. SÍNTOMAS
5. COMPLICACIONES
6. DIAGNÓSTICO
7. TRATAMIENTO
8. PREVENCIÓN
9. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es un tipo de trastorno de ansiedad en el cual las personas tienen pensamientos, sentimientos, ideas, sensaciones (obsesiones) y comportamientos repetitivos e indeseables que los impulsan a hacer algo una y otra vez (compulsiones). Estas obsesiones y compulsiones interfieren en las actividades diarias y causan mucha angustia.

Suele empezar a manifestarse durante la infancia o la adolescencia. Su evolución suele ser progresiva, aunque puede aparecer también de forma repentina por estrés o ante un acontecimiento concreto que actúa como desencadenante.

Se considera como un trastorno crónico, si bien cursa con periodos de clara mejoría, aunque la desaparición total de los síntomas únicamente se produce en un 20% de los casos.

El TOC es una de las cinco enfermedades psiquiátricas más frecuentes y está considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las 20 enfermedades más discapacitantes. Actualmente es reconocido como un problema común que afecta al 2% de la población.

2. TIPOS DE TOC

- Lavadores y limpiadores: son personas que tienen obsesiones relacionadas con la contaminación a través de determinados objetos o situaciones.
- Verificadores: las que inspeccionan de manera excesiva con el propósito de evitar que ocurra una determinada catástrofe.
- Repetidores: son aquellos individuos que se empeñan en las ejecuciones de acciones repetitivas.
- Ordenadores: son personas que exigen que las cosas que les rodean estén dispuestas de acuerdo con determinadas pautas rígidas, incluyendo distribuciones simétricas.
- Acumuladores: coleccionan objetos insignificantes, de los que no pueden desprenderse.

- Ritualizadores mentales: acostumbran a apelar a pensamientos o imágenes repetitivas con el objeto de contrarrestar su ansiedad provocadora de ideas o imágenes, que constituyen las obsesiones.
- Atormentados y obsesivos puros: experimentan pensamientos negativos reiterados, que resultan incontrolables y bastante perturbadores.
- Sexuales: consiste en pensamientos sexuales recurrentes, que incluyen sobre todo un temor exagerado a ser homosexual.

3. CAUSAS

No se conocen las causas exactas de esta enfermedad. Se cree que puede tener un componente genético, aunque hay ocasiones en que varios miembros de la familia lo tienen, nadie sabe a ciencia cierta por qué algunos en la familia lo tienen y otros no. El TOC suele comenzar en la adolescencia o a principios de la edad adulta. Tiende a aparecer a una edad más temprana en los niños que en las niñas.

Los investigadores han encontrado que varias partes del cerebro, así como ciertos procesos biológicos, desempeñan un papel clave en los pensamientos obsesivos y el comportamiento compulsivo, así como en el miedo y la ansiedad relacionados. Los investigadores también saben que las personas que han sufrido traumas físicos o sexuales tienen mayor riesgo de presentar un TOC.

Después de una infección por estreptococos, a algunos niños se les pueden presentar los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo de manera repentina o los síntomas pueden empeorar.

4. SÍNTOMAS

• Obsesiones:

- Tener miedo a los gérmenes o a contaminarse.

- Tener ansiedad de perder o extraviar algo.

- Preocuparse de que alguna cosa mala le ocurre a sí mismo u a otros.

- Tener pensamientos no deseados y tabúes sobre el sexo, la religión u otras cosas.

- Mantener las cosas simétricas o en orden perfecto.

• Compulsiones:

- Limpiar o lavar excesivamente una parte del cuerpo.

- Mantener o almacenar objetos innecesarios.

- Ordenar o arreglar las cosas de una manera particular y precisa.

- Comprobar repetidamente las cosas.

- Contar repetidamente las cosas.

- Querer ser tranquilizado constantemente.

5. COMPLICACIONES

- Problemas de salud, como dermatitis de contacto por lavado frecuente de las manos.
- Incapacidad para asistir al trabajo, a la escuela o a actividades sociales.
- Relaciones conflictivas.
- Mala calidad de vida en general.
- Pensamientos y comportamientos suicidas.

6. DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico se hace basado en una entrevista a la persona y a sus familiares.
- Un examen físico puede descartar causas físicas y una evaluación psiquiátrica puede descartar otros trastornos mentales.
- Los cuestionarios pueden ayudar a diagnosticar este trastorno y hacerle un seguimiento al progreso del tratamiento.

7. TRATAMIENTO

El tratamiento para el trastorno obsesivo compulsivo puede no resultar en la cura, pero puede ayudar a controlar los síntomas para que no controlen la vida diaria. Algunas personas necesitan tratamiento durante toda la vida.

Los dos tratamientos principales para el TOC son la psicoterapia y los medicamentos. A menudo, el tratamiento es más efectivo si se combinan ambas cosas.

- Los medicamentos empleados incluyen antidepresivos, antipsicóticos y estabilizadores del estado de ánimo.

- La psicoterapia ha demostrado ser efectiva para este trastorno. Durante la terapia, la persona es expuesta muchas veces a una situación que desencadena los pensamientos obsesivos y aprende gradualmente a tolerar la ansiedad y resistir las ganas de llevar a cabo el acto compulsivo. La terapia también se puede utilizar para reducir el estrés y la ansiedad, y resolver conflictos internos.

8. PREVENCIÓN

No existe una manera segura de prevenir el TOC. Sin embargo, obtener tratamiento tan pronto como sea posible puede ayudar a prevenir que este trastorno empeore y altere las actividades y rutinas diarias.

9. BIBLIOGRAFÍA

- https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions /obsessive-compulsive-disorder/ symptoms-causes/syc-20354432
- https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/ trastorno-obsesivo-compulsivo/ index.shtml
- https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/ biblioteca-de-salud/psicologia/ toc-sintomas-causas.html
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000929.htm
- https://www.trastornolimite.com/trastornos/trastorno-obsesivo-compulsivo-toc
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/ trastorno-obsesivo-compulsivo.html

TEMA 21. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

- LAURA GARCÍA CARBONELL
- JUAN FERNANDO CUENCA NAVARRO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **METODOLOGÍA**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual son muy frecuentes sobre todo en la estampa de la adolescencia siendo uno de los problemas sanitarios mas importantes en España del siglo XXI y constituyendo una epidemia en muchos países del mundo y por lo tanto en la Salu Publica

Podemos definir enfermedad de transmisión sexual como aquella patología producida a través del contacto sexual ya sea a través de sexo anal, oral o vaginal. Estas enfermedades pueden ser producidas por hongos parásitos, bacterias o virus. Los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual no siempre son fácil de reconocer siendo algunas enfermedades fáciles de tratar y otras necesitan un tratamiento prolongado.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes o conocidas son las siguientes:

- Gonorrea o gonococia
- Sífilis
- Herpes genital
- Clamidia
- Tricomonas
- Cándidas
- Condilomas
- Ladillas
- Hepatitis B
- Sida

OBJETIVOS

- Analizar las repercusiones en la salud que tiene el desconocimiento de medidas y barreras de prevención de enfermedades de transmisión sexual(ETS) en los adolescentes.
- Evaluar el impacto de las poblaciones de prevención.
- Proteger a los adolescentes educando en medidas preventivas.
- Advertir y educar eficazmente a los adolescentes sobre los peligros de la promiscuidad sexual sin protección
- Analizar que significa llevar una vida sexual saludable.
- Identificar estrategias que hagan encontrar a los adolescentes información
- Ofrecer estímulos y refuerzos positivos dirigidos a potenciar el interés y la participación, de los adolescentes en programas educativos.

METODOLOGÍA

Se hace un estudio a través de encuestas, dirigidas a adolescentes en edades entre 13-18 años, donde de las 1.500 encuestas llevadas a cabo 1.123 fueron finalizadas con éxito. En estas observamos que el 30% de los adolescentes encuestados habían tenido relaciones sexuales sin uso de ningún método anticonceptivo de barrera al menos una vez a lo largo de su vida.

Más del 17% de los jóvenes entre 13-15 años ya han tenido sus primeras relaciones sexuales.

RESULTADOS

Tras campañas de prevención y charlas educativas, y con el apoyo de distintas entes el personal sanitario , familiares, colegios, ..., los adolescentes tanto hombres como mujeres toman consciencia sobre los peligros que conlleva el no uso del preservativo y toman las medidas oportunas para tener relaciones sexuales de forma segura.

CONCLUSIONES

Tras el análisis realizado de los distintos estudios bibliográficos podemos concluir que la educación en prevención de enfermedades de transmisión sexual por parte del equipo de enfermería es necesaria, aportando al adolescente mayores beneficios en cuanto a sus hábitos sexuales se refiere.Consideramos de interés analizar las repercusiones que tiene el desconocimiento de las distintas enfermedades de transmisión sexual que existe por parte de la población, por lo que vemos aconsejable empezar a educar desde edades tempranas sobre relaciones sexuales y sobre los problemas que puede tener no tomar medidas de precaución en determinadas circunstancias ,así como esencial entender la importancia de acudir al centro hospitalario ante cualquier signo síntoma o duda Clinica.

BIBLIOGRAFÍA

- https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets
- WHO, CDS Global prevalence and incidence of selected curable STI.2. Plan Multisectorial 2001-2005. Infección por VIH y sida. España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2001.www.msc.es/sida
- Programa de capacitación en manejo sindrómico de las ETS. PROCETSS. Ministerio de Salud, Perú 1999.
- Gialdo N, Fallabella R. Enfermedades de transmisión sexual. En: Fundamentos de Medicina: Dermatología. Fallabella R, Escobar CE, Giraldo N. 5° d. Corporación para investigaciones Biológicas, Medellín 1977; 433-40.

- 6. Flichman JC. Laboratorio de Enfermedades de transmisión sexual. En: programa de Educación a distancia en Dermatología. Módulo N.° 4 Sociedad Argentina de Dermatología. Buenos Aires, 1997; 21-4
- 2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006 2015: romper la cadena de transmisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
- 16. Grupo de trabajo sobre ITS. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2008. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2010.
- 22. French P, Sexual History-Taking Working Party; Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV. BASHH 2006 National Guidelines-consultations requiring sexual history-taking. Int J STD AIDS. 2007; 18 (1): 17-22.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario de vacunaciones recomendado (2007). Aprobado por el Consejo Interterritorial del 10 de octubre de 2007 [pagina de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007-2011 [actualizado 20 oct 2007; citado 12 may 2011]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/docs/c2007.pdf

BIBLIOGRAFÍA

- Flichman JC. Laboratorio de Enfermedades de transmisión sexual. En: programa de Educación a distancia en Dermatología. Módulo N.° 4 Sociedad Argentina de Dermatología. Buenos Aires, 1997; 21-4
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006 2015: romper la cadena de transmisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
- Grupo de trabajo sobre ITS. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2008. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2010.

BIBLIOGRAFÍA

- French P, Sexual History-Taking Working Party; Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV. BASHH 2006 National Guidelines-consultations requiring sexual history-taking. Int J STD AIDS. 2007; 18 (1): 17-22.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario de vacunaciones recomendado (2007). Aprobado por el Consejo Interterritorial del 10 de octubre de 2007 [pagina de Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2007-2011 [actualizado 20 oct 2007; citado 12 may 2011]. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://www.msps.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/docs/c2007.pdf

TEMA 22. EL NIÑO MALTRATADO.

- EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- CAUSAS DE MALTRATO
- FORMAS DE MALTRATO
- PREVENCIÓN
- INDICADORES DE MALTRATO
- CONSECUENCIAS

DEFINICIÓN

Por maltrato se entiende toda acción intencionada o por omisión, así como toda actitud pasiva, negligente o por omisión, que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño, interfiriendo en su óptimo edsarrollo desde el punto de vista físico, psicológico y/o emocional.

CAUSAS DE MALTRATO

Los factores que causam maltrato se pueden agrupar en 4 categorías:

1. Estados patológicos de los padres.
2. Problemas de interacción familiar.
3. Estresantes externos.
4. Factores sociales.

FORMAS DE MALTRATO

Existen diferentes clasificaciones. En general los maltratos se distinguen según el tipo del que sean:

1. Físico.
2. Psicológico.
3. Por negligencia.
4. Sexual.
5. Prenatal.
6. Por simulación Institucional.

PREVENCIÓN

Si tenemos en cuenta que el maltrato infantil es un problema multifactorial , cualquier actuación preventiva se deberá orientar a la sociedad en general, a al familia y a los múltiples profesionales que están en contacto con el niño.

La prevención primaria consiste en poner en marcha medidas o programas con el fin de lograr que el problema no aparezca, eleiminado las situaciones personales y familiares de riesgo.

La prevención secundaria consiste en detectar a las familias con riesgo de maltrato.

La prevención terciaria consiste en evitar la repetición de nuevos casos.

INDICADORES DE MALTRATO

En términos generales, entre los indicadores del maltrato infantil podemos encontrar: actitud y comportamiento del menor (niño desconfiado, asustado, sobresaltado, temeroso, Indiferencia, apatía, tristeza, mirada baja, evitación de la mirada del adulto, retraso mental real o aparente, fracaso escolar. Desnutrición, deshidratación, parámetros de crecimiento por debajo de los normales para la edad, bajo peso. Higiene deficiente, restos de heces secas adheridas a la piel, parásitos, dermatitis de pañal importante.

El cuadro clínico característico del Síndrome del Niño Maltratado comprende lesiones, generalmente múltiples, de diferente naturaleza, en diversos períodos de evolución, situadas en distintos planos anatómicos, más frecuentemente en zonas orgánicas protegidas. Llanto excesivo en lactantes, sin razón aparente. Conducta irritable o agitación extrema en lactantes. Regresión de alguna fase del desarrollo que ya se había alcanzado, por ejemplo enuresis, encopresis, succión del pulgar. Miedos excesivos, por ejemplo miedo a la oscuridad, a irse a la cama, a quedarse con ciertas personas.

Una atenta mirada al conjunto de indicadores anteriormente expuestos permite al lector darse temprana cuenta de la inexistencia de indicadores específicos de maltrato.

CONSECUENCIAS

Las principales consecuencias del maltrato infantil son:

- Cambios en su conducta
- Afectación en salud
- Abuso de sustancias
- Daño en habilidades sociales y la autoestima.
- Afectaciones de la personalidad
- Bajo rendimiento escolar
- Autolesiones y suicidio
- Riesgo de interiorizar estas prácticas

BIBLIOGRAFÍA

- Guía de salud infantil y del adolescente. 1999. Consejería de salud de la junta de Andalucía.
- Propuesta de educación para la salud en los centros docentes. Consejería de educación y ciencia.
- Sánchez E. Cañas M.et al. Guía de atención al maltrato infantil. ADIMA. Sevilla. 1993.

TEMA 23. HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO PARA EL PERSONAL CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS.

- JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO
- PATRICIA VILLAMIL GARCÍA
- ROSA MARÍA LÓPEZ COSMEA

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Fundamentos de las habilidades de comunicación.
3. Bases para una comunicación efectiva entre el personal Estatutario de Gestión y Servicios y los usuarios de la Sanidad.
4. Elementos que posibilitan o dificultan la comunicación.
5. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

Las habilidades sociales y de comunicación son el cúmulo de aptitudes y comportamientos sociales que una persona utiliza para captar y transmitir ideas o comunicados de forma ordenada y efectiva en una diversidad de situaciones sociales más o menos complejas, respetando tanto las reglas de uso de la lengua, como las de tipo sociocultural de la comunidad en la que se encuentra. Estas destrezas se van adquiriendo a lo largo de la vida, aunque pueden desarrollarse por aprendizaje.

En el caso del personal Estatutario de Gestión y Servicios de la sanidad y, más concretamente, para los celadores y auxiliares administrativos, el dominio de estas competencias es básico, si tenemos en cuenta que disponen de múltiples posibilidades de ponerlas en práctica diariamente en su contacto no solo con sus compañeros de trabajo, sino con los usuarios de la sanidad.

2. FUNDAMENTOS DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Podemos dividir las habilidades personales de comunicación en tres campos distintos de competencias:

- **Habilidades comunicativas de recepción de información**: son las que permiten al receptor del mensaje evaluar lo esencial de lo que ha escuchado del emisor para responderle adecuadamente.

  Entrenar los siguientes factores, es básico para alcanzar un grado óptimo de competencias en la recepción de información:

  - Ante todo es muy conveniente crear un clima agradable y de franqueza.
  - Capacidad para escuchar de forma activa.
  - Habilidad para observar al interlocutor.

- Permitir a quien nos habla se manifieste, y que incluso muestre su oposición a lo que exponemos.
- Demostrar a nuestro interlocutor que estamos interesados en lo que nos está transmitiendo.
- Ser pacientes y no tratar de dar a nuestro interlocutor una solución a lo que expone antes de tiempo.
- No se deben realizar juicios de valor ni sobre nuestro interlocutor ni sobre lo que nos expone.

- **Habilidades comunicativas para difundir información**: permiten al emisor responder debidamente a su interlocutor, y tener prevista la posibilidad de deformación del mensaje recibido por el interlocutor. Para lograrlas, es conveniente:

  - Lograr que nuestro oyente tenga una sensación de confianza, sinceridad y credibilidad hacia lo que le estamos comunicando.

- No dar la sensación de superioridad sobre nuestro interlocutor.
- Promover el interés del receptor sobre aquello que se comunica.
- Evitar la negatividad, y suscitar el reconocimiento hacia quien nos escucha.
- Permitir al receptor sacar sus propias deducciones sobre lo tratado.
- No utilizar circunloquios ni frases hechas, sino expresiones breves y sucintas.
- Parafrasear a nuestro interlocutor, resumiendo lo importante de la información que le damos.
- Una vez finalizado el proceso de información, es muy importante preguntar al usuario si desea alguna otra información.

- **Habilidades comunicativas no verbales:** representan la situación contextual de la comunicación y la facultad de descifrar el lenguaje corporal, e implica:

  - Capacidad para la descodificación de las señales transmitidas por medio de gestos, expresiones de la cara o la postura corporal.
  - Facultad de descifrar los matices propios del tono o de la modulación de voz empleados.
  - Saber hacer uso de nuestro propio lenguaje corporal para transmitir franqueza y conseguir un contacto positivo y efectivo con el interlocutor.

Estos ámbitos de competencia deben desarrollarse a través de una serie de acciones que se han de ajustar en su proceso a unas etapas concretas, que se deben estructurar mediante los siguientes procedimientos:

- **Adiestramiento en habilidades sociales:** mediante la repetición y la ejercitación en múltiples escenarios distintos de la clase de conducta deseada, se acrecienta y desarrolla el registro conductual de la persona.
- **Disminución de la ansiedad:** toda situación de incertidumbre produce ansiedad y disminuye la capacidad para afrontar situaciones difíciles y la posibilidad de adaptación de la persona.
- **Reordenación cognoscitiva:** consiste en la realización de un replanteamiento introspectivo sobre los conocimientos adquiridos que proceden de la interacción con nuestros semejantes.
- **Capacitación en resolución de conflictos**: radica en ser capaz de identificar el conflicto, analizar sus causas, definir objetivos para actuar generando alternativas y, finalmente, poner en práctica la solución elegida.

3. BASES DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ENTRE EL PERSONAL ESTATUTARIO DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y LOS USUARIOS DE LA SANIDAD

La comunicación interpersonal efectiva es una destreza que ha de ser aprendida de forma constante, y en el caso de los celadores y auxiliares administrativos, profesionales de la sanidad del grupo de Gestión y Servicios, es evidente que han de tener una comunicación directa y constante con el paciente y sus familiares, por lo que es sumamente importante hacerlo de una forma eficaz.

Para lograr este objetivo, es necesario disponer de un conjunto de capacidades conducentes a conformar habilidades sociales y de comunicación, como son las siguientes:

- **<u>HABILIDAD PARA LA NEGOCIACIÓN</u>**:

La habilidad para negociar conlleva unas cualidades personales y comunicativas que han de utilizarse de forma conjunta.

Un negociador eficaz ha de ser capaz de:

- Analizar el problema y determinar los diferentes intereses de las dos, o más, partes intervinientes.
- Mantener bajo control sus emociones durante el proceso de negociación.
- Su discurso debe estar basado en la claridad y la eficacia, y su actuación debe ser decidida.
- Tener paciencia y capacidad de persuasión.
- Ser capaz de crear un ambiente de confianza basado en su fiabilidad y en unos principios éticos.

- **ESCUCHA ACTIVA**:

En el ámbito de la sanidad es importante saber escuchar para ofrecer un servicio adecuado al usuario. Para lograr un ambiente de escucha activa es fundamental:

- Percibir no únicamente lo que el usuario está expresando de forma directa, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos implícitos en lo que está intentando exponernos.
- Buena disposición psicológica del empleado.
- Ejercer una función fática del lenguaje propiciando retroalimentaciones a sus mensajes.
- Postura corporal receptiva hacia el interlocutor.
- Mostrar interés por lo que dice y parafrasear o resumir lo dicho.
- Formular preguntas para clarificar la información.

- **DOTES DE EMPATÍA**:

La empatía nos ayuda a comprender a la persona con la que establecemos una comunicación, y nos presta la posibilidad de establecer una relación provechosa con ella. Para ello debemos:

- Disponer de un alto grado de autoestima.
- Escuchar al usuario sin juzgarlo.
- Gestionar correctamente nuestras propias emociones.
- Acompañar a nuestro interlocutor tanto desde el punto de vista emocional como del cognitivo.
- Poseer un alto grado de compromiso social y disponer de dotes socializadoras que promuevan que el usuario que se sienta libre y valorado.
- Saber ponerse en el lugar del usuario para facilitar una convivencia armónica.

- **EJERCICIO DE LA ASERTIVIDAD**:

El personal de Gestión y Servicios Sanitarios debe aplicar las reglas siguientes en el trato con los usuarios:

- Pronunciar algo positivo de la otra persona utilizando expresiones apropiadas y en el momento oportuno.
- Mostrar desacuerdo sin que el usuario se sienta atacado.
- Expresarle nuestro reconocimiento para luego plantearle nuestros intereses, es una buena forma de aplacar un ataque agresivo.
- Elevar gradualmente la firmeza de nuestra respuesta ante la insistencia del interpelante, y si esta táctica no funciona, aumentar pacientemente y de forma escalonada nuestra respuesta inicial.
- En situaciones difíciles, conviene indicar al usuario su mal comportamiento y en qué medida su proceder está dificultando una comunicación asertiva entre ambos.

- **DESTREZAS PARA DEFINIR PROBLEMAS**:

Cuando ya hemos constatado la existencia de un problema, habremos de especificar concretamente su naturaleza para pautar las prioridades necesarias que nos lleven a resolverlo, descomponiendo la situación problemática en segmentos más pequeños, que se detallan a continuación:

- Quién es el responsable de la situación que se está debatiendo.
- Qué situación es la que causa el problema que nos ocupa.
- Dónde ha tenido lugar esa situación no deseada.
- Cuándo se ha producido esa situación que ha dado lugar a este desenlace conflictivo.
- Cómo se ha causado dicha situación.

- **APTITUD PARA EVALUAR SOLUCIONES**:

La intención de esta capacidad es la de disponer de tantas alternativas como sea posible al objeto de hallar la mejor solución al conflicto. Para ello, es conveniente seguir unas reglas determinadas:

- No juzgar cada una de las posibles soluciones en el momento de exponerlas.
- Buscar la mayor cantidad de opciones de solución disponible.
- Combinar y mejorar las alternativas halladas, pues a mayor cantidad de las misma, mejores posibilidades tendremos de resolver el conflicto.

- **FACULTAD PARA EXPRESAR ADECUADAMENTE EL DESAGRADO, LA IRA O EL DISGUSTO**:

Es muy importante saber expresar nuestro desagrado ante ciertas actitudes negativas del usuario, por lo que debemos:

- Ser breves y directos al expresar lo que queremos decir.
- Criticar la forma de actuar del usuario; no su persona.
- Expresar lo que sentimos en primera persona y no en términos impersonales.
- No expresar nuestro desagrado en público, sino de forma discreta.
- Mostrarse receptivo a escuchar el punto de vista del usuario.
- Repetir, de forma amable, nuestra recriminación las veces que sea necesario.
- Es importante terminar la conversación de forma afable.

- **CAPACIDAD PARA PEDIR DISCULPAS Y ADMITIR DESCONOCIMIENTO**:

Una disculpa apropiada puede atenuar e incluso disolver el error o tu desconocimiento puntual, haciéndote salir reforzado si sigues estas pautas:

- Reconoce con humildad tu error o desconocimiento.
- No generalices al disculparte y demuestra que eres consciente de lo que no hiciste bien.
- No intentes disculpar tu error o desconocimiento con excusas innecesarias.
- Deja claro que realmente lo sientes e insiste sin ser excesivamente repetitivo, en que lamentas la equivocación.
- Procura desagraviar al usuario por el daño causado.
- Empatiza con los sentimientos suscitados en el usuario ante tu error o desconocimiento sobre lo consultado.

4. ELEMENTOS QUE POSIBILITAN O DIFICULTAN LA COMUNICACIÓN

Cuando un celador o un auxiliar administrativo se comunica con los usuarios de la sanidad, suele pensar que su forma de expresarse es clara y precisa, aunque en muchas ocasiones no es así, y el interlocutor los mira de una forma extraña, o les pregunta o responde de forma muy diferente a la esperada.

Al hablar, incluso al guardar silencio o al gesticular, producimos mensajes que, quienes nos rodean, descodifican de una forma subjetiva, y no somos conscientes de ello.

Existen factores que posibilitan o dificultan el establecimiento de una comunicación efectiva entre el usuario, sus familiares, y el personal no sanitario, que vamos a ver a continuación.

FACILITADORES	ENTORPECEDORES
-Discurso directo y claro. -Actitud corporal espontánea, relajada, abierta, y orientada hacia el otro. -Ausencia de rigidez corporal y muscular. -Posición de la cabeza alta y dirigida hacia el interlocutor, con el que mantiene el contacto visual. -Mantenimiento de una distancia corporal social. -Tono de voz firme y sereno. -Protección de los propios derechos y respeto hacia los del interlocutor.	-Argumentación vacilante o impositiva. -Lenguaje corporal cerrado, rígido e inquieto. -Ausencia de contacto visual y posición de la cabeza hacia abajo. -Modulación de voz vacilante y apagada. -Maniobras corporales para alejarse o acercarse del interlocutor y actitud esquiva. -Baja estima de uno mismo y pérdida del autocontrol. -Dejar que los demás tomen las propias decisiones.

FACILITADORES	ENTORPECEDORES
-Alcance de los objetivos propios desde el respeto al otro. -Autosatisfacción personal y confianza en uno mismo. -Demostrar al interlocutor como nos sentimos y hacerle ver que lo comprendemos. -Formular la propia posición o lo que deseamos de una forma clara y precisa. -Ofrecer en el momento preciso las explicaciones oportunas. -Utilización de un lenguaje accesible y claro.	-Postura rígida y hacia atrás de cabeza y hombros. -Gesticulación amenazadora. -Mirada fijada y amenazante. -Expresión verbal acelerada y con una tonalidad elevada. -Movimientos corporales con tendencia a invadir el área de intimidad personal. -Inobservancia de los propios derechos como usuario. -Pérdida de oportunidades de establecer una comunicación constructiva. -Falta de firmeza en las convicciones.

FACILITADORES	ENTORPECEDORES
-Evitar la realización de comentarios improcedentes e innecesarios. -Hablar con una cadencia accesible.	-Utilización de un lenguaje técnico e inaccesible para el usuario. -No dejar hablar a nuestro interlocutor. -Discapacidades físicas y psíquicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kozier, B y Cols. Ayudar a comunicar. Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica. Tomo I,`pp 264-290.

2. Chayner. La comunicación como instrumento de trabajo. Revista Nursing. Volumen 9 nº 4, (30-32) 1992.

3. D'Ambra. M. Las nuevas técnicas de comunicación. Ed. De Vecchi. Barcelona 1993.

4. Van-Der Hofstadt Román, C. (2015). EL LIBRO DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN. 2nd ed. Madrid: Editorial Díaz de Santos, pp.3 a 184 y 203 a 216.

TEMA 24. HEMOGLOBINA Y COOXIMETRIA.

- MARÍA ELENA AGUILERA MESEGUER
- MARÍA DOLORES MORENO GARCÍA
- NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ
- LIDIA RODRÍGUEZ LÓPEZ

ÍNDICE

INTRODUCCION
OBJETIVOS
POBLACION-DIANA
METODOLOGIA
RESULTADOS
BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La hemoglobina es una hemoproteína cuya función principal es transportar oxígeno de los pulmones a los tejidos del organismo. Consta de cuatro subunidades de globina y cuatro grupos hemo, pudiéndose unir a cuatro moléculas de oxígeno.

Cada molécula de hemoglobina posee cuatro cadenas, iguales dos a dos. Es decir, en cada molécula de hemoglobina hay dos tipos de cadena de globina diferentes.

La combinación de estas cadenas entre sí dan lugar a tipos de hemoglobina normales: La **hemoglobina A** es la predominante en una persona adulta, constituyendo el 96-98% de la hemoglobina total. La **hemoglobina A_2** constituye el 2-3%, mientras que la **hemoglobina F**, predominante en el feto, constituye el 1%.

La determinación de la ctHb se realiza principalmente para pacientes con hemorragias, sea cual sea su procedencia, para la detección de anemia y la evaluación de su severidad.

La anemia se define como un descenso de la ctHb por debajo de los valores de referencia y conlleva una reducción en la capacidad de transporte de oxígeno.

El motivo por la cual la determinación de la ctHb es frecuentemente es porque la anemia está presente en diversas patologías, muchas relativamente frecuentes: hemorragias agudas y/o crónicas, deficiencias nutricionales, tumores sólidos malignos, enfermedades inflamatorias crónicas, infecciones crónicas, enfermedades endocrinas, patologías hematológicas, defectos genéticos en la estructura de la hemoglobina, defectos genéticos en la estructura o función del hematíe, etc.

Actualmente, muchos analizadores de gases llevan incorporado un cooxímetro, el cual nos proporciona la concentración de hemoglobina que ha obtenido mediante una prueba tan simple y rápida como una gasometría venosa.

De esta forma, en una misma muestra de sangre arterial podemos realizar simultáneamente el estudio de gases y la determinación cuantitativa de los derivados de la hemoglobina.

Se suele emplear sangre arterial o sangre capilar, para evaluar el estado de oxigenación del paciente. La sangre venosa puede emplearse para determinar dishemoglobinas COHb y MetHb.

OBJETIVOS

- Valorar el estado de oxigenación tisular mediante la práctica de una gasometría.
- Realización el procesamiento de la técnica analítica de manera correcta válida, fiable y rápida que facilite el trabajo del profesional médico.
- Ayudar al médico en el diagnóstico y seguimiento de la medición de hemoglobina total y sus fracciones.
- Detección de anemia y la evaluación de su severidad.

POBLACION DIANA

- Pacientes hospitalizados o usuarios en servicios de urgencias y consultas hospitalarias.

METODOLOGIA

Se llevarán a cabo con las mismas recomendaciones analíticas para el procesamiento que para una muestra de gases.

- Procesar la muestra lo antes posible tras su extracción para evitar la alteración de la misma. El tiempo máximo de conservación a temperatura ambiente recomendado es de 30 minutos tras la extracción.
- Realizar una correcta homogeneización y purgado de la muestra antes de su procesamiento para que no se produzca sedimentación.

RESULTADOS

- Con la incorporación de la determinación de valores de cooximetria en los gasómetros nos permite conocer la hemoglobina y sus fracciones pudiendo dar en pocos minutos resultados del paciente que acude a urgencias por una hemorragia, sea cual sea su origen, y con una prueba tan simple y rápida como es una gasometría venosa, se puedan tomar decisiones en cuanto a la administración o no de hemoderivados.
- Además de la valoración de la anemia presente en diversas patologías, y sobre la evolución de la misma.

RESULTADOS

- Las ventajas que ofrece la cooximetría son múltiples: facilidad de manejo, rapidez, requiere un volumen pequeño de muestra, permite el análisis de derivados de la hemoglobina y no está sujeta a interferencia por un contaje elevado de leucocitos.

BIBLIOGRAFÍA

Navarro X, Marín JL, Buño A, Díaz R, Galán A, Guevara P, Guillén E, Muñoz M, Oliver P, Del Río N. Recomendaciones preanalíticas para la medición del equilibrio ácido-base y gases en sangre. Comisión de Magnitudes Biológicas relacionadas con la Urgencia Médica (Documento H). Documentos de la SEQC 2009.

Palabras claves: hemoglobina, cooximetria, anemia.

TEMA 25. LA INCONTINENCIA URINARIA (IU)EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER.

- LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que constituye un problema social e higiénico para la persona que lo sufre.

La incontinencia puede ser resultado de las lesiones cerebrales y de la pérdida de control muscular, para mantener la incontinencia es básico que estén indemnes las estructuras anatómicas que participan en la micción, vejiga, uretra, músculos del suelo pelviano, también la médula espinal y los nervios periféricos que inervan el aparato urinario. Cualquier alteración en alguno de estos podría provocar la aparición de incontinencia urinaria.

ÍNDICE

1.- CAUSAS
2.- SINTOMAS
3.- DIAGNOSTICO
4.- RECOMENDACIONES AL CUIDADOR

1.-CAUSAS

Las causas de IU en el paciente con Alzheimer pueden ser múltiples, destacamos:

-Inestabilidad del detrusor.
-Incontinencia por rebosamiento o esfuerzo.
-Impactación fecal en pacientes de edad avanzada.
-Infección del aparato urinario.
-Confusión aguda por tomar fármacos equivocados, reducir el consumo de líquidos, o estar en lugares desconocidos.
-Hiperplasia prostática.
- Incontinencia funcional.
-Anormalidades anatómicas.
-Realizar esfuerzos físicos
-Desorientación.
-Miedo a caerse.
-Prendas de vestir inadecuadas.

2.- SINTOMAS

-Incapacidad para orinar.
-Dolor relacionado con el llenado de la vejiga o con la micción sin comprobarse infección de la vejiga.
-Debilidad progresiva del chorro urinario con o sin sensación de completo vaciado de la vejiga.
-Aumento de la frecuencia al orinar sin que haya infección.
-Necesidad de alcanzar el baño rápidamente o derrame de orina si no alcanza el baño a tiempo.
-Cambio o anormalidad al orinar relacionados con el sistema nervioso.
-Anormalidades como derrame cerebral, lesión de la médula espinal y esclerosis múltiple.
-Derrame de orina que impide las actividades.
-Derrame de orina que ocasiona incomodidad social.
-Infecciones frecuentes de la vejiga

3.- DIAGNOSTICO

Debe de confirmarse que se trata de una pérdida de orina totalmente involuntaria y demostrable. Hay que establecer factores externos y los trastornos de las vías urinarias que originan la incontinencia. Será necesario una exploración física que incluya estudios analíticos, radiológicos y urodinámicos.
Deben tenerse en cuenta los antecedentes personales y las enfermedades neurológicas que repercuten sobre el sistema nervioso central. También se debe controlar la medicación del enfermo. Junto a los análisis de sangre se pueden hacer otras pruebas como: radiografía simple de abdomen, urografía intravenosa, ecografía o estudios urodinámicos.
En ocasiones la valoración de la IU se hace con la utilización de diversas escalas

4.- RECOMENDACIONES AL CUIDADOR

-Intentar evitar que se orinen encima y si ocurre no regañarlo.
-Asegurarse que la ropa que lleva e fácil de quitar.
-Acondicionar el aseo, sin cambios.
-Procurar que orine antes de acostarse y reducir la ingesta de líquidos en dos horas previas.
-Descubrir los signos que demuestran ganas de orinar.
-Crear la rutina de ir regularmente al aseo.
-Usar absorbentes de incontinencia específicos para personas adultas.
-Prevenir el mal olor con cambios de pañal antes de saturarse
-Procurar una buena ventilación de la habitación y usar desodorantes ambientales.
-Mucha higiene

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:**

Arnal, R.; Arroyo Anillo, E.; Bermejo, F.; Hernández M.; Dieguez Flor, J.; Regato, P.; La enfermedad de Alzheimer en la familia.

Servicio Andaluz de Salud,. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente. 2002.

Guilló Martínez, P. Comprender el Alzheimer. Cuidadores. 2002

- **Página WEB : Portal de ayuda a nuestros mayores. www.imsersomayores.csis.es**

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. www.segg.org

TEMA 26. LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PACIENTES DE SALUD MENTAL EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

JÉSICA MARA LÓPEZ POLA

ARANZAZU RODRÍGUEZ POLA

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

MONSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ

- **ÍNDICE**

- INTRODUCCIÓN GENERAL
- - ¿Qué entendemos por contención mecánica?
- - Antecedentes e historia
- - Otros tipos de contención

- ESQUEMA ORGANIZATIVO
- - Introducción
- - Objetivos
- - Metodología
- - Resultados

EL USO DE LAS CONTENCIONES MECÁNICAS
- ¿Para qué se utilizan?
- ¿Por quién son pautadas?
- ¿Quién las lleva a cabo?
- Protocolo de actuación

VENTAJAS Y DESVANTAJAS DEL USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS
- ¿Por qué si?
- ¿Por qué no?

CONCLUSIONES

WEBGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ENTENDEMOS POR CONTENCIÓN MECÁNICA?

Cuando hablamos de contención mecánica, nos estamos refiriendo a un procedimiento utilizado en el ámbito sanitario, mayoritariamente en unidades de Salud Mental y de geriatría y psicogeriatría.

Este tipo de contención implica la restricción de la movilidad de una parte del cuerpo del paciente, o, en algunos casos, del cuerpo en su totalidad o de su deambulación; mediante dispositivos o medios físicos (cinturones, muñequeras, arneses, correas, barandillas, etc.).

ANTECEDENTES EN LA HISTORIA

Centrándonos en los tratamientos destinados a personas con patologías mentales, hemos de reconocer que estos siempre se ha caracterizado por su dureza extrema.
Sin remontarnos a la época en la que estos pacientes eran tratados como poseidos y demoníacos, y quemados en la hoguera; y centrándonos ya en los avances médicos del siglo XIX, aparecen los antiguos manicomios.

En estos centros de internamiento, las prácticas para reducir, de distintas maneras, y en diferentes grados, la movilidad de los pacientes, son numerosas.

Tratamientos habituales son las inmovilizaciones con correas en camillas, las famosas camisas de fuerza, el encierro en habitaciones acolchadas, etc.

Ya durante el siglo XX, muchas de estas prácticas continúan, manteniéndose la existencias de los manicomios o centros de internamiento psiquiátrico hasta la mitad de siglo.

Durante los años 80, se produce en nuestro país la reforma en materia psiquiátrica, recogida en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril).

Por otra parte, con la entrada en vigor de la Constitución de 1978, se reconoce el derecho a no ser privado de libertad, y se comienzan a regular los internamientos involuntarios, que a partir de entonces han de someterse a control judicial.

Sin embargo, cuando nos referimos al tema a tratar concretamente, las contenciones involuntarias se siguen realizando en el ámbito de la salud.

Tanto en el ámbito hospitalario como en el residencial, se trata de una práctica bastante habitual en momentos puntuales (crisis, desorientaciones, etc.), que se aplican al paciente como objetivo de procurar su protección y mejora en la patología que padece, y evitar riesgos que pueda correr debido a algunas características de las mismas (autolesiones, caídas…).

Esta práctica está regulada, en última estancia, por cada CC.AA, y protocolarizada por cada cada centro hospitalario.

OTROS TIPOS DE CONTENCIÓN

Existen, además de la ya mencionada contención física o mecánica, otros dos tipos ampliamente utilizados en psiquiatría:

- Contención verbal. Se trataría de un primer paso para tratar de controlar o disminuir la agitación en el paciente. Se basa en técnicas de asertividad y habilidades sociales, y en la verbalización para disminuir los niveles de ansiedad del paciente.

- Contención farmacológica o química. Se basa en la administración de distintos tipos de fármacos a los pacientes agitados, utilizándose principalmente los neurolépticos y las benzodiacepinas

ESQUEMA ORGANIZATIVO

INTRODUCCIÓN

En esta revisión bibliográfica trataremos de realizar una aproximación al tema, tanto desde el punto de vista de la actualidad, como desde la experiencia del equipo de trabajadores (enfermeros, TCAEs y celadores) de los centros hospitalarios.

OBJETIVOS

1. Diferenciar los diferentes tipos de contenciones principales utilizados en salud mental en el ámbito hospitalario.
2. Repasar los distintos argumentos que existen en contra y a favor de las contenciones mecánicas en pacientes de salud mental.
3. Conocer el protocolo de actuación ante el uso de contenciones mecánicas en nuestra comunidad.

METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos anteriormente mencionados, realizaremos un repaso por algunos trabajos y publicaciones sobre la materia.

Realizaremos también dos entrevistas, la primera a una TCAE trabajadora en la planta de agudos del Hospital universitario de Asturias, y la segunda a una persona con patología mental crónica y numerosos ingresos en la planta de agudos.

RESULTADOS.

Serán expuestos en los apartados que aparecen a continuación, en este mismo trabajo.

USO DE CONTENCIONES MECÁNICAS

¿PARA QUÉ Y POR QUÉ SON UTILIZADAS?
El fin último de la utilización de cualquier tipo de contención, incluyendo las mecánicas, es evitar un riesgo que pueda sufrir el propio paciente, o que pueda infringir a otros pacientes, acompañantes, o profesionales de la salud, con los que se relacione.

¿POR QUIÉN SON PAUTADAS?
Es responsabilidad del médico facultativo el decidir en relación al uso o no de contenciones.
Aun así, en situaciones de urgencia, , puede ser decidido por el o la enfermera, siempre y cuando esta decisión sea revaluada en un tiempo no mayor a una hora, por una facultativo.

¿QUIÉN LAS LLEVA A CABO?

Aunque en el “Protocolo de contención de pacientes” de nuestra comunidad, no se especifica qué figuras profesionales son las que ejecutan la orden de facultativos y enfermeros o enfermeras en cuanto al uso de contenciones, a la hora de la verdad esta tarea recae, principalmente sobre dos figuras: el TCAE y el celador o celadora.

Ambas figuras son las indicadas, por las características de sus labores asistenciales, para contener (aunque el o la enfermera también suele participar) y para mantener esta contención durante los cuidados.

Es decir, que aunque nuestro protocolo de actuación especifica claramente que las contenciones mecánicas deben ser realizadas por personal formado para tal fin, estas recaen principalmente en las figuras mencionadas anteriormente, que son junto con la o el enfermero, queines velan por los cuidados del Paciente, teniendo que retirar y volver a colocar estas contenciones en diversas ocasiones a lo largo del día (levantar al sillón, asear al paciente, cambiarle las sábanas, etc

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

En Asturias, existe un protocolo de actuación en cuanto a contenciones tanto de tipo verbal, como farmacológico y mecánico.

El “Protocolo de contención de pacientes” fué editado por el Servicio de Salud del Principado de Asturias, en Febrero del 2018 (con una vigencia de tres años), con el objetivo de unificar los protocolos existentes en las distintas areas de salud .

Entre otro, los principales temas recogidos en el mismo son: indicaciones y cotraindicaciones de los tres tipos de contención, prevención de complicaciones, putas para el correcto desarrollo, evaluación de su uso, información y consentimiento.

Dicho protocolo se encuentra dispionible para su consulta pública en la página www. Astursalud.es. Y www.huca.es.

APROXIMACIÓN A LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS

¿POR QUÉ SI?

Cuando consultamos a profesionales de salud en activo sobre los motivos que llevan a realizar contenciones mecánicas en el ámbito hospitalario, nos encontramos con respuestas que justifican estas por diversos motivos.

La protección del paciente ante las autolesiones, o la sujeción parcial para posibilitar el tratamiento son algunas de estas respuestas.

Pacientes que se arrancan las vias, los apósitos, e incluso pacientes entubados que intentan extraerse el dispositivo respiratorio.

También encontramos justificaciones de otro tipo, que se basan en la seguridad en planta. Pacientes desorientados que deambulan por los pasillos y son sujetos a los sillones con cinturones.

Otra de las razonas es la evitación de caídas en pacientes que no son capaces de desplazarse pero aun así intentan hacerlo.

Las personas entrevistadas para este trabajo refieren la incomodidad que les provoca la realización de sujeciones, sim embargo, no son capaces de imaginar alternativas para los casos comentados

¿POR QUÉ NO?

En estos últimos años, tanto a nivel estatal como en otros países, se ha generado un movimiento conocido como 0contenciones, que aboga por la eliminación de las contenciones mecánicas tanto en los centros hospitalarios como en las unidades de psiquiatría.

Dicho movimiento se basa en el reconocimiento de la ONU de la contención mecánica como método de tortura, y aboga por el uso de diversas alternativas al mismo.

Den su página web www.0contenciones.org se pueden encontrar diversos materiales, tanto artículos como testimonios de pacientes y profesionales.

En nuestra comunidad, nos encontramos con este tema de actualidad debido a diversas noticias aparecidas en este último año sobre el uso de esta técnica y las consecuencias negativas que implica.

A día de hoy, en diversos países se ha eliminado totalmente el uso de contenciones mecánicas, siendo el Reino Unido, Suiza e Italia pioneros en este movimiento anticontenciones.

CONCLUSIONES

Sobre el tema de las contenciones mecánicas a pacientes de salud mental existe, actualmente, tanto en nuestra comunidad, como en el resto del estado español, una gran controversia, que pretende acabar con esta práctica habitual.

Mientras, en los centros hospitalarios y residenciales, viene siendo una práctica habitual, que proporciona, por una parte, seguridad para el propio paciente, y por otra, para los profesionales que trabajan para él.

Sin embargo, en este último año, la polémica se ha servido tras una serie de noticias sobre las consecuencias negativas que conlleva este método, que van desde el sentimiento de humillación hasta resultados mortales en nuestra comunidad.

Por un lado están aquellos que defienden los beneficios de las contenciones, siempre que estas respondan a una buena práctica, respetuosa y controlada. Por otro, aparece el movimiento civil y profesional que pretende sustituir la técnica por otras mas adaptadas y humanizadas.

Ante todo esto, el personal que realizamos nuestro trabajo en los centros hospitalarios, enfermeros, TCAEs y celadores, nos enfrentamos cada día ante la necesidad de acometer nuestra labor con pacientes contenidos e inmovilizados. Siendo los responsables de llevar a cabo estas técnicas sin apenas formación en la materia y siendo los que tenemos un contacto directo con el paciente.

En nuestra comunidad contamos con un protocolo sobre la materia, pero este nos es desconocido y no es facilitado en los lugares de trabajo a los equipos profesionales.

¿Se podría realmente prescindir de las contenciones mecánicas en las plantas hospitalarias y los centros fresidenciales de salud mental?, ¿es esta una práctica beneficiosa, o atenta contra la dignidad de los pacientes?.

Lo que esta claro es que los profesionales que estamos día a día realizando nustras labores en los hospitales del Principado, carecemos de formación específica sobre la materia

BIBLIOGRAFÍA

- **Páginas WEB :**

- Contención mecánica, qué es y cómo la utilizamos. Disponible en: http://www.nuestraenfermeria.es.
- Evolución de la atención psiquiátrica. Disponible en: http://www.amafe.org.
- Tipos de contención a pacientes agitados [1 enero 2019]. Disponible en: http://www.laenfermeriareal.com.
- Protocolo de contención de pacientes [21 febrero 2018]. Disponible en: http://www.astursalud.es y http://www.huca.es
- Materiales. Disponible en: http://www.0contenciones.org

TEMA 27. CUIDANDO AL CUIDADOR DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

VIONAISY DEL CARMEN ALONSO DEL RIVERO HERNÁNDEZ
MARÍA NOELIA FERNÁNDEZ DÍAZ
BEATRIZ ALBA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. Introducción
2. Objetivos
3. Metodología
4. Resultados
5. Conclusiones
6. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la demencia que más sufre la población anciana en la mayor parte del mundo, sobre todo en los países desarrollados, entre los que se encuentra España, donde afecta a unas 600.000 personas. En un 80% de los casos, son las familias las que asumen en solitario el cuidado y los gastos generados por sus familiares enfermos ante el olvido institucional. La EA tiene habitualmente una instauración insidiosa con una evolución progresiva y degenerativa, la irreversibilidad del cuadro, la ausencia de tratamiento curativo y la importante demanda de cuidados de la que viene acompañada con el aumento de la longevidad, está generando en la actualidad un mayor interés sociosanitario.

La EA afecta al 60-80% de los casos de demencia. La probabilidad de desarrollar la enfermedad se duplica cada cinco años en mayores de 65 años y alcanza el 50% a partir de los 85 años, siendo la edad avanzada su principal factor de riesgo. También es la más común entre las enfermedades crónicas (representa el 70%) y la que mas dependencia genera, por encima del Parkinson, las enfermedades cardiovasculares o el ICTUS.

El deterioro cognitivo aporta la mayor sintomatología de la clínica, se manifiesta como un síndrome caracterizado por alteraciones en las funciones intelectuales (pérdida de memoria, concentración, problemas en el lenguaje, juicio disminuido o empobrecido), frecuentemente acompañado de alteraciones psicológicas y de conducta, provocando situaciones de desadaptación social, laboral y familiar. Este deterioro hace que sean dependientes, precisando permanente ayuda para las actividades básicas de la vida diaria.

Ante esta situación, habitualmente de forma espontanea algún familiar se hace cargo en mayor medida del paciente, es al que denominamos “cuidador principal”, siendo este el que asume el cuidado de la persona enferma, el perfil de este cuidador corresponde generalmente con: mujeres de mediana edad, hijas de la persona enferma, que no trabaja fuera del hogar, cuyo nivel cultural es básico y que no recibe retribución económica.

Cuidar de personas con EA suele asociarse a consecuencias negativas para la salud del cuidador, la exposición a situaciones de estrés incrementa el riesgo de sentimientos de impotencia, cansancio, ansiedad, depresión, y se genera un estado de agotamiento emocional. A este conjunto de alteraciones se le conoce como el “Síndrome de sobrecarga del cuidador” o cuidador “quemado”. Esta tarea es dura, fatigosa y prolongada en el tiempo.

La vida del cuidador cambia a consecuencia de la demanda de adaptación requerida, que exige organizar la vida familiar, laboral y social en función de las consecuencias derivadas de la enfermedad.

Los cuidadores de personas con EA acusan falta de sueño, de tiempo para sí mismos, falta de libertad, abandono de relaciones sociales y descuido del núcleo familiar, además de provocar conflictos con conyugues, hijos y otros familiares directos. Se estima que el 54% de los cuidadores descuidan o abandonan las atenciones de sus familiares directos, y el 33% abandona el cuidado personal, como la peluquería, el deporte o la alimentación y muestra menos interés por otras actividades.

2. OBJETIVOS

- El objetivo general de este trabajo es: Describir las intervenciones enfermeras para cuidadores de pacientes con EA, además de conocer la relación existente entre la calidad de vida del cuidador principal y la calidad de vida del enfermo.

- Informar sobre la importancia del trabajo de la enfermería en los procesos que afectan al cuidador.

- Mostrar unas pautas que faciliten la valoración de los cuidadores principales y la existencia del síndrome de sobrecarga en el cuidador.

3. METODOLOGÍA

- Se realizó una búsqueda bibliográfica de la literatura científica disponible en diferentes bases de datos de la salud internacionales: PubMed/ Medline Plus, Google académico, Biblioteca virtual Elsevier, Scielo.

- Fueron seleccionados un total de 19 artículos, mediante una lectura crítica de los mismos.

- Los criterios de inclusión han sido: Artículos con fecha de publicación inferior a 10 años, publicados en castellano e inglés, descartándose aquellos no recuperados a texto completo.

4. RESULTADOS

La Sociedad Española de Neurología (SEN) en el Día Mundial de la Enfermedad de Alzheimer, advierte que en los próximos 35 años el número de personas afectadas en España podría ascender a más de 1,5 millones debido al envejecimiento de la población. Este dato significa un gran impacto no solo para el conjunto de la sociedad y la salud del paciente, sino también para bienestar físico, psicológico y social de los cuidadores. En este sentido, la SEN destaca que en el 80% de los casos son familiares los que se hacen cargo del cuidado de estos enfermos y que dedican una media de seis horas al día a su familiar, lo que provoca que un 75% de los cuidadores sufran estrés y un 50% depresión. El 70% de cuidadores de personas con Alzheimer está en riesgo de enfermedad y su tasa de incidencia es mucho más alta que en el resto de la población.

Por esta razón es imprescindible abordar la EA desde un enfoque multidisciplinario que abarque no solo al enfermo, sino también a los cuidadores.

Es muy importante la investigación de los cuidados de enfermería basados en el apoyo psicosocial. Entre estos cuidados se encuentran iniciativas que tratan de resolver dos tipos de problemas: El comportamiento de las personas que padecen la enfermedad, que afecta a quienes viven con ellos, y los aspectos que a los cuidadores les resulta difícil de afrontar.

Estudios realizados demuestran que gran parte de los cuidadores de EA sufren una significativa sobrecarga física, psicológica y emocional, especialmente cuando no cuentan con apoyo familiar, económico o institucional que les permitan desarrollar la labor de cuidar y cuidarse en unas condiciones favorables. El nivel de sobrecarga del cuidador, el apoyo social percibido y la capacidad de autocuidado son indicadores que deben ser utilizados para la valoración de los cuidadores informales.

La enfermera interviene desde atención primaria y especializada desempeñando funciones de colaboración y prestando cuidados específicos en función de la fase evolutiva del enfermo y del cuidador, se ocupa de desarrollar y poner en marcha planes de cuidados y programas coordinados con el resto del equipo asistencial, en los que los cuidados son el centro de atención, dispensados con la máxima participación del enfermo y la familia y en contextos diferentes como el centro de salud, hospital o domicilio.

El bienestar del enfermo de Alzheimer depende del bienestar de sus cuidadores, son personas bajo una gran presión emocional que a menudo sufren problemas psicológicos y de salud, como depresión, ansiedad o sensación de sobrecarga.

Existen publicaciones que han desarrollado intervenciones con cuidadores informales (intervenciones de tiempo libre, grupos de autoayuda, programas psicoeducativos y los psicoterapéuticos) dirigidos a reducir las consecuencias negativas del estrés de los cuidadores. En la actualidad se utilizan varias escalas para evaluar la sobrecarga del cuidador “cuidador quemado”, la eficacia de estas escalas se basa en identificar cuidadores en riesgo, adoptando medidas preventivas para que esta situación no llegue a darse o bien identificar aquellos cuidadores que ya tienen esta sobrecarga y actuar según convenga. La escala Zarit parece ser la más sensible y específica para evaluar la sobrecarga. En caso de existir sobrecarga utilizaríamos el Zarit completo para determinar el grado. El cuidador debe expresar sus sentimientos y preocupaciones acerca del enfermo y de sí mismo, valorando su carga y los problemas que esta puede causarle.

Entendemos que la enfermera debe ser el pilar básico del equipo que presta atención asistencial al EA y a su familia. Su papel es importante para prevenir y detectar el "Síndrome del cuidador" y proporcionar los cuidados necesarios, para ello cuenta con herramientas como el proceso enfermero y el lenguaje estandarizado (NANDA, NOC, NIC). Respecto a las intervenciones sobre los cuidadores, ha quedado de manifiesto la importancia de la necesidad de apoyar mediante formación y orientación.

En 1998, se realizó un estudio que expone el perfil de riesgo del cuidador de enfermos con EA:

- Edad entre 56 y 65 años, así como los mayores de 76 años.
- Mujeres en comparación con los hombres cuidadores.
- Casados.
- Que tengan un hijo en comparación a los que no lo tienen.
- Con nivel de estudio bajo-medio.
- Con nivel económico bajo.
- Hijos/as en comparación a cuidadores conyugues, hermanos, etc.
- Los que lleven alrededor de 10 años dedicándose a la labor.
- Los que cuidan a un enfermo de Alzheimer que se encuentra en 3ª fase (deterioro moderado de la demencia).

5. CONCLUSIONES

La enfermera está capacitada y se ocupará de proporcionar formación en cuidados específicos adecuados a cada situación. El adiestramiento debe hacerse extensivo a enfermos, cuidadores familiares, voluntarios y a cuantas personas se impliquen y participen en los cuidados directos del paciente. La gestión de estos cuidados se realizará a un nivel profesional óptimo, logrando la satisfacción de enfermos y familiares, teniendo en cuenta los recursos disponibles. Además, se ocupará de que la atención sea efectiva, que se alcancen los resultados deseados, adaptándose a las necesidades de los usuarios y que se obtenga de forma fácil, es decir, ha de conseguirlo procurando que exista una adecuada relación entre coste y resultados, dentro de un clima de gran aceptabilidad entre enfermos, familiares y resto de miembros.

Es importante fomentar el desarrollo de líneas de investigación enfermera en el campo de las demencias, incluyendo la EA, esta investigación debe ser orientada principalmente a la esfera de los cuidados: diseño/validación de instrumentos específicos de valoración enfermera, ratificación de diagnósticos enfermeros y/o de etiquetas diagnósticas concretas, búsqueda de evidencias científicas que avalen sus cuidados, acercamiento a nuevas formas de cuidar.

“Investigación que repercutirá en una mejoría de la calidad de vida de todos los implicados en los cuidados de EA”.

6. BIBLIOGRAFÍA

Lectura recomendada:

- Alzheimer´s Association, What Is Dementia? Publicado en enero 2016. http://www.alz.org/what-is-dementia.asp.
- Alzheimer´s Association. What We Know Today About Alzheimer´s Disease. Publicado en enero 2016. http://www.alz.org/research/science/alzheimer-disease-causes.asp
- Cerquera, Ara, Francisco Granados, and Ana Buitrago. “Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer”. Psychologia: avances de la disciplina 6.1 (2012): 35.

- Hurtado, Ana M. Angulo, and Andrea SS Ramírez Quintana. “Relación entre la calidad de vida en salud y la carga física en cuidados de personas con enfermedad de Alzheimer”. Revista Colombiana de Salud Ocupacional 6.1 (2016): 18-23.
- García Lourdes Mª Parera, et al. “CA 5-149: Intervenciones de enfermería en familiares con deterioro del Rol de cuidador de pacientes con trastorno mental. “Enfermería Docente 1.106 (2016): 304-305.
- Goriat – Sánchez, Berta, et al. “Efectividad de un plan de apoyo a cuidadores en dos hospitales públicos de Granada (España)”. Aquichan 14.4 (2014): 523- 536.

TEMA 28. LAS PROTEINAS

- MARIA DOLORES MORENO GARCIA
- MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER
- NOELIA MANRIQUE GONZALEZ
- LIDIA RODRIGUEZ LOPEZ

ÍNDICE

•• INTRODUCCION – RESUMEN

•• OBJETIVOS

•• RESULTADOS

•• CONCLUSION

•• BIBLIOGRAFIA

INTRODUCION-RESUMEN

Son macromoléculas que tienen un papel fundamental en el organismo. Las proteínas presentes en el plasma se denominan: proteínas séricas y confieren la viscosidad del plasma. El 80% de proteínas séricas son formadas en el hígado, excepto inmunoglobulinas y hemoglobina.

Las proteínas son sustancias químicas formadas por una secuencia de 20 aminoácidos unidos entre sí por enlaces peptídicos. Los aminoácidos están formados por:
Grupo amino básico, grupo carboxilo acido, átomos de hidrogeno y un radical.
Los aminoácidos esenciales son 20 y el organismo NO es capaz de sintetizar.

- Las proteínas pueden tener 4 tipos de estructuras: 1º, 2º, 3º y 4º.
- El control de la concentración proteica se basa en 3 pasos:
Síntesis proteica: la regulación se establece en el momento de la traducción.
Distribución proteica: hay zonas limitadas para las proteínas como el cerebro y zonas genitales.
Catabolismo proteico: después de la degradación los aminoácidos se usan en otros procesos.
- Las principales proteínas plasmáticas son: albumina sérica, alfa-globulina, beta-globulina, crioglobulinas, otros como ceruloplasmina (fijadora del cobre y disminuye indica enf. De Wilson), hemopexina (fija grupo hemo de la hemoglobina), transtiretina (Vit. A) y transcobalamina (Vit. B12).

Funciones de las proteínas

Las proteínas son importantes ya que participan en casi todos los procesos de la vida celular. Las principales funciones son:

- catálisis: realiza reacciones químicas, como la pepsina.
- Estructural: aportan resistencia y elasticidad.
- Defensiva: como los anticuerpos.
- Transporte: se encarga de llevar nutrientes y otras sustancias por el organismo, como la hemoglobina.
- Reguladora: como el caso de las hormonas que se encargan del equilibrio de las funciones del cuerpo.
- Receptoras: están en la membrana celular y reciben señales.

OBJETIVOS

- Comprender la importancia nutricional de las proteinas.

- Exponer los problemas debidos al déficit nutricional de estos nutrientes.

- Resaltar las principales complicaciones del déficit de proteinas.

RESULTADOS

El consumo de proteínas es esencial para el organismo, ya que la mayoría del organismo esta compuesto de proteínas, los aminoácidos esenciales solo se aportan con la dieta, pero la mayoría son producidos por el propio organismo.

Cuando faltan proteínas afecta al funcionamiento del sistema inmunitario entre otras cosas, por eso es imprescindible controlar el estado de proteínas.

Una de las pruebas que se puede solicitar en una analítica es un proteinograma, donde se ve gráficamente la distribución de distintas proteínas y también se ven representadas las inmunoglobulinas.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentaron un informe sobre la dieta. El informe contiene pruebas científicas acerca de la relación de la dieta, la nutrición y la actividad física con las enfermedades crónicas. La ingesta de proteínas recomendada es del 10 al 15%.

CONCLUSION

La dieta tiene un papel muy importante sobre el organismo, es tan importante aumentar el consumo de proteínas y vitaminas como el de disminuir las grasas y la sal.

Las proteínas sacian durante un tiempo determinado y nos ayudan a ingerir menos alimentos con mas contenido en grasas, por lo tanto además de formar una gran importancia en el organismo, ayuda a no aumentar el peso y a su vez a no padecer otras enfermedades relacionadas con este problema como el sobrepeso.

BIBLIOGRAFÍA

•- Pagina web: La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

•- Pagina web: www.fao.org

TEMA 29. LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN EN LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER.

LEONOR FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CONCEPTO DE ÚLCERA POR PRESIÓN
- FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACIÓN
- FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE UPP
- CONSECUENCIAS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del Alzheimer, es un tipo de proceso demencial tipo degenerativo, que al llegar a estadios avanzados de la enfermedad, con gran frecuencia los enfermos permanecen en cama o en silla de ruedas, no controlan esfínteres y padecen en la mayoría de ocasiones desnutrición. En estos pacientes las úlceras por presión (UPP), constituyen una complicación que se debe evitar por las siguiente razones: Complican la situación clínica en el paciente, causan dolor, y malestar. Su presencia es un mal indicador de calidad asistencial en cualquier contexto. La aparición de estas lesiones incrementa el costo de la atención a estos enfermos sustancialmente

CONCEPTO DE UPP

Se puede considerar una UPP, como “toda lesión isquémica de la piel y tejidos subyacentes producida por un presión prolongada, fricción o cizallamiento entre dos planos duros”

Existen múltiples definiciones de UPP, la mas usada a nivel internacional,es la dada por la Agencia para la calidad de los Cuidados e Investigación Norteamericana que dice “La UPP, es cualquier lesión producida por una presión constante que produce una lesión del tejido subyacente”

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACIÓN

-Presión: es una fuerza que actúa perpendicularmente a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando el aplastamiento tisular entre el plano óseo y el plano externo. Enfermería evitará la presión prolongada en los puntos de riesgo mediante cambios puntuales y colchones antiescaras.

-Fricción: Es una fuerza tangencial, que actúa paralelamente al a piel, produciendo roce, pro movimiento, tracción y arrastre. Enfermería minimizará el riesgo mediante la adecuada mortización del paciente.

-Fuerza externa de deslizacimiento: Combina los efectos de presión y fricción; la posición de Fowler puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona

FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE UPP

-Permanentes: Son aquellos que no admiten mejoría y acompañan naturalmente a las personas durante su vida: edad y capacidad física mermada.

-Variables: Son los que admiten evolución a lo largo del tiempo. A su vez dentro de los variables se han establecido 5 grupos que son:

-Intrínsecos: Originados como consecuencia directa de los problemas de salud

-Derivados del tratamiento médico

-Derivados del los cuidados y de los cuidadores

-Situacionales: inmovilidad, arrugas en la ropa de la cama, pijama, camisón, objetos de roce, etc...

-De desarrollo:Relacionados con el proceso de maduración

CONSECUENCIAS DE APARICIÓN DE UPP

- Aumento del estado catabólico basal del paciente
- Empeoramiento e inestabilidad de comorbilidades basales
- Aumento de la estancia hospitalaria
- Elevación del gasto en recursos médicos y materiales
- Necesidad de cuidador
- Invalidez y pérdida de autonomía
- Disminución de la esperanza de vida

BIBLIOGRAFÍA

-Torra I. bou J.E. Valora el riesgo de presentar úlceras por presión.
-Colina J. Atención de enfermería en pacientes con úlceras por presión.
-Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión. Directrices generales de prevención de las úlceras por presión.
-Nursing 2002. Mayo. Valoración de riesgo de úlceras por presión

TEMA 30. RADIOLOGIA EN EL PACIENTE PEDIATRICO.

- ANDREA SAN MARTIN GONZALEZ

INDICE

- INTRODUCCION
- ACOMPAÑANTES
- PROTECCION RADIOLOGICA
- MEDIDAS DE PROTECCION DEL PACIENTE
- TIPOS DE PROTECCIONES
- INMOVILIZADORES
- TIPOS DE INMOVILIZADORES

INTRODUCCION

- La radiología pediátrica consiste en el estudio de la radiología de diagnostico y tratamiento de las enfermedades de los lactantes y niños.
- Los técnicos de radiodiagnóstico deben saber afrontar l a situación que conlleva trabajar con estos pacientes, los niños. Debemos tratarlos con naturalidad y empatía y trataremos de explicarles a aquellos en edad de comprensión la técnica de estudio que vamos a realizar con un lenguaje que el comprenda sin utilizar tecnicismos.
- Para obtener los mejores resultados posibles en estos estudios realizaremos las pruebas en el menor tiempo posible.

- El personal del servicio de radiodiagnóstico comprobara cuidadosamente los datos del paciente y de la prueba a realizar.
- En el caso de pacientes inconscientes, ingresados que están solos y que no pueden comunicarse se comprobara con la historia del paciente.

ACOMPAÑANTES

- El acompañamiento de un menor es un derecho que tiene el paciente.
- En muchos casos aunque surgen opiniones contrarias los padres deben acompañar a los niños, así evitaremos que se sientan incomodos y con miedo a la hora de la exploración.
- En diversas ocasiones los propios acompañantes parecen mas preocupados que los propios pacientes por los estudios. Es en ese momento cuando debemos tratarlos con mucho tacto y mantener una buena y clara comunicación.

- En el caso de que el acompañante sea femenino y se encuentre en edad fértil se le preguntara por la posibilidad de embarazo.
- Se les proporcionara un delantal plomado a la hora de exploración.
- Los familiares o acompañantes también pueden ser gran apoyo en la inmovilización del paciente pediátrico.

PROTECCION RADIOLOGICA

La protección radiológica es la ciencia que estudia los efectos de la dosis producidas por las radiaciones ionizantes. Algunas partes del cuerpo son mas sensibles que otras a la radiación. Como son por ejemplo los órganos productores de sangre, los órganos reproductores o el cristalino del ojo. Estas radiaciones pueden crear efectos sobre los órganos como las cataratas en el caso del cristalino o la esterilidad temporal en el caso de las gónadas. Es por ello y muy importante conocer la dosis que vamos a emplear para evitar lesiones y efectos perjudiciales para el organismo.

MEDIDAS DE PROTECCION DEL PACIENTE

- El paciente debe de estar en la posición adecuada
- Se utilizaran inmovilizadores siempre que sea necesario
- Cubriremos siempre el menor campo
- Trataremos de desviar el haz de las gónadas en la medida de lo posible
- Protegeremos las zonas mas radiosensibles
- Efectuaremos disparos cortos
- Adecuaremos el kilovoltaje, ni muy alto ni muy bajo
- Comprobaremos periódicamente la alineación de los haces luminosos y de los rayos x de los localizadores.

TIPOS DE PROTECTORES

- La utilización de radiaciones ionizantes pueden traer efectos perjudiciales para la salud.
- Existen varios metodos como son la colimacion, los tiempos reducidos o la utilizacion de protectores plomados para diversas partes del cuerpo como son los delantales plomados, gonadales, tiroides u ojos siempre en distintos tamaños siempre adecuados al tamaño y edad del paciente.

INMOVILIZADORES

- Los inmovilizadores sirven principalmente para inmovilizar al paciente pediátrico de forma rápida y fácil.
- Se le explicara a los padres o acompañantes en que consiste su utilización.
- Estos inmovilizadores nunca se usaran de forma total si no de forma parcial, es decir ayudando a la limitación del movimiento. El personal o familiares pueden colaborar en la inmovilización durante el estudio pero deben estar debidamente protegidos con delantales plomados.

TIPOS DE INMOVILIZADORES

- Pigg-o-stat: se utilizan para las radiografías de tórax anteroposteriores en niños poco colaboradores de entre 2 y 5 años. Es una silla con dos tejas transparentes, que se ajuste en el ancho según las necesidades del niño.
- Almohadillas: se utilizan para hacer radiografías de cráneo en pacientes de entra 1 y 7 años. Son de distintos tamaños, pueden tener forma de semicírculo y son de material radiotransparente y blando de goma o gomaespuma.
- Sacos de arena: son pequeños sacos de arena que oscilan entre los 0,5 y 3,5 kg suelen ser de materiales que pueden lavarse y se colocan normalmente encima de los miembros inferiores o superiores.

- Bandas: son tiras de plástico o tela colocadas sobre el niño y sujetas en los bordes de la mesa.
- Sedación: no suele utilizarse este método para realizar radiografías, lo habitual es utilizarlo cuando se van a realizar estudios de larga duración como tomografía computarizada, resonancia magnética, ecografía o técnicas de intervención y siempre bajo petición del facultativo.
- Existe también la posibilidad de inmovilizar con velcros, sabanas, cuñas de espuma, bloques de madera o vendas.

- Es importante que la inmovilización del paciente sea la adecuada ya que una inmovilización inadecuada da lugar a errores en la calidad de la radiografía.
- La correcta inmovilización disminuye el tiempo de duración y mejora la calidad de la imagen de la exploración.
- Hay veces que los pacientes son muy colaboradores y con un velcro es suficiente para realizar el estudio.

BIBLIOGRAFIA

- Libros: Técnico especialista en radiodiagnóstico.
- Bases de datos: se realiza una revisión bibliográfica en diversos libros y apuntes de técnicos en radiología.

TEMA 31. FISIOTERAPIA EN EL ALIVIO DE LOS SÍNTOMAS Y CONSECUENCIAS DEL INTESTINO IRRITABLE.

- ANAÏS NAVARRO ALONSO
- SARA BERMEJO SANDÍN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DEFICINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA
- SÍNTOMAS
- DIAGNÓSTICO
- RELACIÓN DEL CUADRO PATOLÓGICO CON ALTERACIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS
- TRASTORNOS VISCERALES POSIBLEMENTE ASOCIADOS
- TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO DE LOS SÍNTOMAS DEL INTESTINO IRRITABLE

INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino irritable (SII) o colon irritable es una enfermedad crónica que altera la calidad de vida de manera importante de los pacientes afectados.

La alteración puede verse reflejada en diferentes escalas de valoración de la calidad de vida relacionada con la salud: como el cuestionario SF-36, cuestionarios que evalúan rasgos neuróticos como el NEO Personality Inventory o los que se fijan en el distrés psicológico del individuo como el SCL-90-R, existiendo gran correlación entre todos ellos.

De este modo, la alteración de la calidad de vida de los afectados no se correlaciona tanto con la gravedad de los síntomas, como con la ansiedad y el estrés que este síndrome provoca.

Así, en el tratamiento del intestino irritable, es clave controlar los síntomas para que los pacientes tengan una mayor percepción de la calidad de vida.

El tratamiento convencional del síndrome del intestino irritable se basa en la adopción de medidas higiénico-dietéticas y la toma de diferentes medicamentos. Además de estas dos vías de abordaje, disciplinas como la fisioterapia pueden ayudar a sobrellevar mejor las manifestaciones clínicas de esta enfermedad.

En este capítulo, se desarrollarán la definición y manifestaciones clínicas del colon irritable para explicar en qué aspectos puede ser útil el abordaje fisioterapéutico para mejorar el estado general del paciente.

Según el cuestionario SF-36, el colon irritable altera la calidad de vida de los pacientes en lo que se refiere a vitalidad, dolor corporal, función social, situación emocional o estado mental. Mediante los puntos que se exponen en este capítulo, se intenta mejorar la situación física del paciente para que esto repercuta en el resto de aspectos y contribuya, junto con los tratamientos médicos y dietéticos mejorar la salud global de los afectados.

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

Se trata de una enfermedad digestiva que afecta con síntomas variados y dispersos a un amplio porcentaje de la población. Otros nombres con los que también se la conoce son colon irritable, colitis funcional o neurosis intestinal.

Los porcentajes de afectados varían según el país, pero se manifiesta con más frecuencia en países industrializados. En el caso de España, afecta a entre un 10% y un 12% de los ciudadanos. La afectación es más frecuente en mujeres (14-24% frente al 5-19% en los varones). En cuanto a la edad de aparición, suele aparecer antes de los 35 años y disminuye su incidencia a partir de los 60 años.

No suele aparecer de forma asilada, sino acompañando otras afectaciones tales como patologías digestivas funcionales (sobre todo dispepsias y molestias inespecíficas de estómago no ulcerosas), alteraciones ginecológicas (dismenorrea) o enfermedades psiquiátricas (bulimia, depresión, esquizofrenia).

SINTOMAS

Se manifiesta principalmente en forma de dolor o molestias abdominales, diarrea, despeños diarreicos o estreñimiento crónico que a veces se alternan entre sí. En otras ocasiones, puede que solo se manifieste uno de los dos últimos síntomas citados y que se acompañe de sensación de plenitud sin ninguna evidencia de lesión orgánica demostrable.

Esta variada sintomatología, siempre causa al paciente molestias abdominales relacionadas con algún trastorno de la motilidad intestinal e hipersensibilidad, además de distensiones abdominales producidas por gases o alimentos irritantes.

Además de los síntomas de tipo abdominal citados (como dolor y molestias), como se ha comentado en el primer apartado, es un síndrome conlleva alteraciones emocionales, así, se han encontrado relaciones que llevan a pensar en un empeoramiento de los síntomas si existe estrés emocional.

A este cuadro pueden sumarse otras complicaciones como deshidratación, desnutrición (resultante del rechazo de alimentos) y /o depresión.

DIAGNÓSTICO

Los afectados por estos síntomas deben dirigirse al médico para ser evaluados y diagnosticados. Es necesario en estos casos, hacer un diagnóstico diferencial entre el síndrome del intestino irritable y otras patologías que afectan a la misma región: como la enfermedad intestinal inflamatoria (IBD) que abarca la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerativa.

Actualmente, los criterios médicos hacen pensar en un síndrome del colon irritable cuando existen molestias o dolores abdominales durante más de doce semanas en los últimos doce meses. Además de la presencia de los síntomas anteriormente nombrados, se debe realizar una minuciosa historia clínica junto a una completa exploración física, que orientarán la confirmación del SII.

No obstante, se trata de un diagnóstico por exclusión en el que las diversas pruebas complementarias realizadas descartan la evidencia de patología orgánica.

Entre las pruebas complementarias realizadas al paciente se pueden incluir análisis generales y específicos de sangre, orina y heces, estudios radiológicos de abdomen con y sin contraste, ecografía abdominal y sigmoidoscopia/colonoscopia.

RELACIÓN DEL CUADRO PATOLÓGICO CON ALTERACIONES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS.

La alteración e irritación del colon puede suponer las siguientes alteraciones resultado de la facilitación metamérica de los segmentos afectados:

- **L1-L2:** ciego y colon ascendente.
- **L2-L3:** colon transverso.
- **L3-L4**: colon descendente.
- **L4-L5:** colon ileopelviano.

También, siguiendo la distribución del dermatoma de la región afectada, podría aparecer una dermalgia refleja que afecte a la región paravertebral a nivel L4-L5.

Alteraciones mecánicas:

Como consecuencia de la alteración en la región y la facilitación de los segmentos neurales citados, con frecuencia se encuentran fijaciones en segmentos lumbares bajos y sacroilíacos. La musculatura paravertebral de la región correspondiente tendrá un un umbral muy bajo de excitación y su tono podría verse aumentado. Al igual que ocurre a nivel lumbar, los Intercostales de los espacios costales 10º, 11º y 12º y musculatura paravertebral superficial y profunda, a nivel de D11, D12, L1 y L2 podrían estar hipertónicos.

Debido a la tensión cólica y en toda la cavidad, puede existir también una tensión en la zona perineal y por la afectación del segmento vertebral L1-L2, podría aparecer afectación del nervio genitofemoral y femoral y del nervio neumogátrico.

Otras alteraciones osteoarticulares asociadas se presentan en forma de artralgias en extremidades inferiores tanto reflejas (por irritación anormal de nervios como el crural, que comportará espasmos, irritaciones capsulares y sinoviales) o mecánicas (por el desequilibrio de tensiones musculares en músculos como el psoas, que pueden dar fijaciones articulares y a la larga problemas degenerativos).

También podrían encontrarse alteraciones del retorno venoso (principalmente en extremidad inferior izquierda) y suponer un factor agravante en ciáticas por el componente vascular (en EEII izquierda) y muscular (en EEII derecha). De igual modo, la alteración de los ángulos cólicos, podría conllevar trastornos escapulohumerales.

TRASTORNOS VISCERALES POSIBLEMENTE ASOCIADOS.

El S.N.S. (Sistema nervioso simpático) es el responsable de dirigir las contracciones del peristaltismo haciendo que circule el contenido de las vísceras huecas. Este movimiento, además, está bajo dependencia de factores nerviosos, químicos u hormonales.

En algunas enfermedades, una estimulación simpática enérgica puede inhibir el peristaltismo y aumentar el tono de los esfínteres. Esto supone un aumento considerable en la propulsión de los alimentos por el tubo digestivo y una alteración global del mismo.

En el caso del síndrome del intestino irritable, posibles fijaciones viscerales funcionales pueden hacer que este segmento quede con su función alterada.

La alteración local primaria, puede dar alteraciones a distancia de vísceras, articulaciones, estructuras nerviosas, vasculares o fasciales relacionadas con ella.

El colon se relaciona en el espacio con el diafragma, mediante los ángulos hepático y esplénico. Los frecuentes espasmos de las colopatías funcionales pueden hacer que exista una tracción en la inspiración diafragmática que sea dolorosa. Esto, podría aumentar la tonicidad del tubo digestivo y alterar el peristaltismo que suponga excite nuevamente de manera considerable SNS.

Si existe alguna causa que fije el colon, poco a poco la tensión se irá trasmitiendo en el peritoneo parietal posterior (formado por la fascia de Toldt) esta fijación, puede provocar espasmos a nivel de los reflejos vasculoviscerales.

Por otro lado, tensiones anormales en la región podrían condicionar tensiones de la raíz mesentérica cuyo complejo vasculonervioso y linfático es una zona reflexógena muy importante.

A parte de las alteraciones cólicas, por este mismo principio, órganos vecinos en la cavidad abdominal podrían verse alterados por las tensiones generadas. Posibles órganos alterados podrían ser hígado, estómago, riñones etc.

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO DE LOS SÍNTOMAS DEL INTESTINO IRRITABLE.

Como se ha venido desarrollando, el síndrome del intestino irritable conlleva molestias en la cavidad abdominal, dolor, alteraciones musculares y vásculo-nerviosas.

La mejora de los síntomas supone un aumento notable en la calidad de vida de los afectados y para esta, además del tratamiento convencional, la fisioterapia puede ayudar mediante sus variadas técnicas. A pesar de los numerosos beneficios que esta terapia puede aportar es indispensable en primer lugar un buen diagnóstico médico, realizar las pruebas diagnósticas correspondientes y descartar banderas rojas que contraindiquen el tratamiento del paciente.

Si después de un exhaustivo examen y valoración nada contraindica el tratamiento fisioterapéutico, se procederá al tratamiento de las alteraciones encontradas mediante las técnicas que se proponen a continuación.

- **Técnicas de movilización visceral:** técnicas de masoterapia sobre la región abdominal y movilizaciones específicas de los órganos afectados pueden ayudar a normalizar las tensiones y sintomatología de la zona. De este modo, se puede ayudar a resolver los espasmos viscerales hallados y normalizar las tensiones de la cavidad.

- **Tratamiento de las alteraciones músculo-esqueléticas:**

  - Corrección de las fijaciones vertebrales: Si en la exploración de la región lumbar se encuentran restricciones en el movimiento de los segmentos vertebrales relacionados con la inervación del intestino, las técnicas de terapia manual destinadas a corregir los segmentos articulares pueden ser de utilidad para liberar la zona.

  - Tratamiento de las disfunciones musculares: por su relación con la región cólica y los segmentos metaméricos facilitados, la musculatura hipertónica podría tratarse de diferentes maneras: estiramientos, masoterapia, técnicas neuromusculares etc. También sería útil el uso de técnicas de refuerzo de la musculatura inhibida en el propio proceso.

- Técnicas de neurodinámica para disminuir la tensión neural provocada por estas alteraciones.

Con todas las técnicas citadas, se pretende abarcar esta colopatía funcional de la manera más global posible y abarcar el tratamiento de las distintas afectaciones y síntomas que esta patología produce para intentar, como ya se ha desarrollado, que sea un buen complemento al tratamiento farmacológico y a la educación del paciente en hábitos alimenticios más saludables.

BIBLIOGRAFÍA

Lopez Vivancos J, Casellas Jordà F. Formación continuada del médico práctico. La calidad de vida en el síndrome del intestino irritable. Medicina Integral, Vol. 37, Núm. 8, Abril 2001

cun.es [citado en agosto de 2019] Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/colon-irritable

Dmedicina.com [citado abril 2012]. Disponible en: http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/colon-irritable

Repositorio.puce.edu. [citado en agosto 2019]. Disponible en:http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13333/Disertaci%C3%B3n%20Determinar%20la%20incidencia%20del%20lumbago%20por%20causas%20viscerales%2C%20mediante%20las%20aplicaciones.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Diaz-Rubio M, Bejea J. Convivir con el Síndrome del Intestino Irritable (Colon Irritable). Madrid: Medica Panamericana; 2007.

Diagnosticosmedicos.com. [citado en abril 2012] Disponible en: http://www.diagnosticosmedicos.com/enfermedades/colonirritable.html

Curtil P, Métra A. Tratado práctico de osteopatía visceral. Primera edición. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2004.

Medina Ortega P. Tratado de osteopatía integral: Visceral, Volumen 4. Madrid: Editorial Centro Gaia; 1995.

Barral J P, Mecier P. manipulaciones viscerales 1. Segunda edición. Barcelona: Editorial Masson; 2009.

TEMA 32. INTOLERANCIA A LA LACTOSA

- Mª AURORA GUTIERREZ GARCÍA
- RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO
- BEATRIZ FERNÁNDEZ CARMONA
- AIDA GIL VECINO

INDICE:

. INTRODUCCIÓN
. OBJETIVOS
. RESULTADOS
. CONCLUSIONES
. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

INTRODUCCION: Podemos definir la Intolerancia a la Lactosa como la dificultad de nuestro organismo para poder digerir el azúcar de la leche. Esta deficiencia también se conoce como Absorción Insuficiente de la Lactosa, inofensiva para nuestra salud pero con una sintomatología muy desagradable.

La intolerancia a tratar en estas paginas se debe principalmente a la deficiencia de una enzima producida en el intestino delgado llamada Lactasa.

Si realmente se tiene Intolerancia a la Lactosa su sintomatología es inmediata tras la ingesta de dichos productos.

Los signos y síntomas aparecen entre treinta minutos y dos horas después de la ingesta siendo los expuestos a continuación: diarrea, naúseas, vómitos, cólicos, hinchazón, gases, distensión abdominal, dolor abdominal

CAUSAS: La Intolerancia a la Lactosa se origina cuando el Intestino Delegado no puede producir Lactasa en cantidad suficiente y necesaria para poder digerir y absorber el azúcar de la leche.

Por lo general, la Lactasa convierte el azúcar de la leche en dos azúcares de cadena simple, glucosa y galactosa que a su vez se absorben a través de la mucosa intestinal ingresando al torrente sanguíneo y circulatorio.
Se distinguen tres tipos de Intolerancia a la Lactosa con diferentes mecanismos y factores de producción como son Primaria, Secundaria y Congénita o del Desarrollo.
.
Primaría:
Es el tipo más común y frecuente de Intolerancia a la Lactosa.
Las personas comienzan su vida produciendo mucha Lactasa, necesaria e imprescindible para los recién nacidos, quienes obtienen de la leche toda su alimentación.
A medida que los niños van reemplazando la leche por otros nutrientes determinantes para su crecimiento y desarrollo, su producción de Lactasa disminuye pero se mantiene con unos niveles adecuados que les permiten digerir los productos lácteos presentes en una dieta típica de personas adultas.
Sin embargo, en las personas adultas se da el caso contrario ya que la producción de lactasa disminuye de forma drástica dificultando así la ingesta de leche, derivados y por lo tanto la correcta absorción de los mismos.
Su origen se determina de forma genética llegando a afectar en mayor proporción y medida a personas de ascendencia africana, asiática o hispana siendo frecuente también entre la población mediterránea y del sur de Europa.

. Secundaría:

Este tipo de Intolerancia se caracteriza porque la producción de lactasa disminuye en el Intestino Delgado tras haber experimentado nuestro organismo enfermedades, lesiones o cirugías a dicho nivel.

Podemos citar como ejemplos: Enfermedad de Chron, Celiaquía o proliferación bacteriana.

Todas ellas enfermedades que se localizan en el Intestino Delgado.

. Congénita o de Desarrollo:

Tercer y último tipo de intolerancia, incidencia poco común y frecuente aunque posible.

Afecta a los recién nacidos, algunos pueden presentar al nacer ausencia total de actividad de la Lactasa y desarrollar por lo tanto intolerancia a la misma.

Este trastorno se trasmite a través del patrón de herencia autosómico recesivo, lo que significa que ambos progenitores (madre y padre) trasmiten la misma variante genética para que un bebé pueda padecer esta afección.

FACTORES DE RIESGO

La Intolerancia a la Lactosa presenta los siguientes factores de riesgo.

. Edad Avanzada:

Se suele presentar en la edad adulta siendo poco frecuente aunque posible en recién nacidos, bebés, prematuros o niños en edad infantil.

. Etnia:

Africanos, asiáticos, hispanos o nativos americanos.

. Nacimiento Prematuro:

Los recién nacidos que no llegan a término y nacen antes de tiempo pueden tener niveles reducidos de Lactasa, ya que el Intestino Delgado al no haberse desarrollado por completo y ser inmaduro, no genera células productoras hasta el final del tercer trimestre de gestación.

. Enfermedades:

Patologías que se localizan y desarrollan a nivel del Intestino Delgado como Chronn, Celiaquía y proliferación bacteriana.

. Tratamientos:

Tratamientos específicos que pueden producir complicaciones y lesiones sobre el Intestino Delgado como quimioterapia, radioterapia (determinaciones oncológicas)

SINTOMATOLOGÍA

La sintomatología de la Intolerancia a la Lactosa se puede llegar a confundir con patologías importantes, por lo que resulta imprescindible acudir a un médico especialista para la confirmación del posible diagnóstico.

Actualmente no existe un tratamiento específico para poder solucionar esta deficiencia y por lo tanto aumentar la producción de Lactasa del organismo.

una serie de indicaciones que se muestran a continuación:

actosa
a descomponer la lactosa
spuesta de nuestro organismo al consumo de alimentos con lactosa
a Lactosa grave y que se vean obligadas a eliminar de su dieta lácte

Por lo tanto hay que mantener una buena alimentación y obtener una fuente adecuada de calcio suficiente y adaptada a nuestras necesidades y demandas.

. Brocolí
. Productos ricos en calcio como panes, zumos, batidos
. Latas de conserva
. Sustitutos de la leche como soja y arroz
. Espinacas
. Naranjas

También resulta importante obtener una fuente adecuada de Vitamina D, por lo que es necesario consumir productos como huevos, hígado, yogures y exposición a fuente de luz natural como el sol.

La mayoría de la personas con Intolerancia a la Lactosa consumen lácteos y no desarrollan sintomatología alguna al incorporarlos de forma gradual a la dieta.

A continuación se exponen algunas formas de cambiar la dieta y minimizar la sintomatología.

. Elegir porciones más pequeñas de lácteos como tomar leche a sorbos ya que cuánto más pequeña sea la porción menor probabilidad de que se generen molestias gastrointestinales.

. Reservar la leche para la comida y consumirla junto con otros alimentos ya que el proceso de digestión no se acelera y la sintomatología se reduce.

. Consumir productos lácteos variados y diferentes ya que no todos tienen la misma cantidad de lactosa.

. Consumir productos sin lactosa

. Consumir tabletas o gotas de Enzima Lactasa que ayudan a digerir los productos lácteos justo antes de la ingesta de los mismos.

Para aliviar la sintomatología se pueden consumir también Probióticos que son organismos vivos que se localizan en el intestino y ayudan a mantener sano el aparato digestivo facilitando así la tolerancia y digestión de la lactosa.

Se presentan en forma de yogures o suplementos y se usan para afecciones gastrointestinales como diarrea y Síndrome de Colón Irritable

Por lo general los síntomas desaparecen cuando se elimina de la dieta la leche y otras fuentes de lactosa.

Sin cambios en la alimentación, los bebés y recién nacidos pueden llegar a tener problemas de crecimiento y desarrollo por lo que se debe contactar con el especialista en caso de:

. Síntomas en menores de 2-3 años

. Crecimiento lento y sin aumento de peso
. Síntomas de Intolerancia a la Lactosa (diarrea)
. Desconocimiento y falta de información sobre alimentos sustitutivos
. Aumento o empeoramiento de la sintomatología con el tratamiento
. Desarrollo de nuevos síntomas

El principal síntoma de la Intolerancia a la Lactosa es la presencia de diarrea, tres o más deposiciones líquidas en un mismo día. Para muchas personas la diarrea suele ser leve y se resuelve en un par de días, sin embargo para otros muchos su duración puede ser superior y generar incluso pérdida de peso.

Ante estos síntomas, las personas con este tipo de afección tienen muchas dudas y se llegan a formular una serie de preguntas que pueden resultar obvias pero para ellas supone duda e incertidumbre.

. ¿ Se pueden comer productos lácteos ?
. ¿ Qué alimentos empeoran el problema ?
. ¿ Se pueden comer picantes o alimentos grasos ?
. ¿ Se pueden comer frutas y verduras ?
. ¿ Qué alimentos se pueden ingerir sin llegar a presentar pérdida de peso ?

ue nos explique en detalle en que consiste este tipo de afección y nos proporc

siguientes preguntas:

. ¿ Puede existir otra causa para la sintomatología ?
. ¿ Pruebas y preparación especial ?
. ¿ Opciones de tratamiento ?
. ¿ Consumo de productos lácteos ?

Hasta que se acuda al especialista, es necesario llevar un control y registro exacto de las porciones consumidas en nuestra vida diaria de alimentos lácteos incluyendo el momento en que se consume y con que se acompaña.
Si una persona cree que tiene Intolerancia a la Lactosa, debe reducir la cantidad de lácteos y derivados de la dieta durante unos días para poder valorar si la sintomatología desaparece o no.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La Intolerancia a la lactosa se confirma a través de una serie de pruebas diagnósticas.

. Prueba de Tolerancia:

Mide la reacción del cuerpo ante un líquido con altos niveles de lactosa.
Dos horas después de la ingesta, la persona es sometida a un análisis de sangre para poder determinar los niveles de glucosa presentes en el torrente sanguíneo.
Si el nivel de glucosa no se acelera significa que el cuerpo no digiere y por lo tanto no absorbe de forma adecuada la lactosa.

. Prueba de Hidrógeno en el Aliento:

Se consume un líquido con altos niveles de lactosa midiendo a intervalos regulares la cantidad de hidrógeno presente en el aliento.
Por lo general, la cantidad de hidrógeno detectado suele ser muy bajo.
Pero si el cuerpo no digiere la lactosa, se fermenta en el colón liberando hidrógeno y gases que los intestinos exhalan y absorben.
Si la cantidad de hidrógeno exhalado es superior a lo normal la prueba es positiva y por lo tanto la lactosa no se absorbe ni digiere.

e no se pueden someter a las citadas con anterioridad,
edad infantil y ancianos
túa generando Ácido Láctico y otros componentes que son detectad

s se realiza por punción a nivel del duodeno o yeyuno.

l sanitario especializado y sometiendo al paciente a anestesia total

El lugar elegido para su realización es la sala de endoscopias o quirófano, se introduce un tubo flexible a través de la boca del paciente y hacia él tracto intestinal superior.

Las muestras obtenidas se remiten a Anatomía Patológica para determinar y medir la actividad de lactasa a nivel de las mucosas intestinales.

Una actividad de lactasa inferior a 10 u/g de proteína se relacionan con deficiencia de lactasa.

Si el paciente estuviera anticoagulado y por lo tanto toma Sintrom o anticoagulantes similares debe ponerlo en conocimiento del especialista, ya que unos días antes debe suspender el tratamiento y sustituirlo por Heparinas de Bajo Peso Molecular.

. Test Genético:

Consiste en extraer y amplificar el ADN de la muestra con saliva o sangre del paciente continuando con un protocolo de hibridación en tira para así poder detectar la presencia de genotipos determinados que presentan hypolactasia primaría.

- Genotipo CC del polimorfismo C/T13910
- Genotipo GG del polimorfismo 6/A22018

El resultado son unas bandas coloreadas que se interpretan y leen con ayuda de una plantilla.

INTOLERANCIA SEGÚN COLECTIVOS

En este aparatado se va a hablar de la Intolerancia a la Lactosa en diferentes grupos como son lactantes, niños y mujeres embarazadas ya que las necesidades son diferentes según la edad.

Para muchas M**ujeres**, la incapacidad para digerir la lactosa aumenta durante la gestación sobre todo en la etapa más avanzada de la misma.

Como consecuencia de ello si una mujer embarazada tiene Intolerancia a la lactosa podría consumir leche y derivados sin desarrollar molestia alguna siguiendo las indicaciones citadas con anterioridad.

Sin embargo, debido a su estado, las necesidades no son las mismas que sino estuviera embarazada por lo que debe tomar suplementos.

huesos y dientes del bebé por lo que la necesidad de tomar leche y
á seguir una serie de pautas como:
acas y latas de conserva

Si se estuviera dando el pecho (lactancia materna) y sufriera de intolerancia no supone peligro ninguno para el bebé ya que amamantar no hace que el recién nacido corra riesgo de padecer dicha intolerancia. Sino todo lo contrario, ya que la leche materna supone grandes beneficios para el lactante y la propia madre.

Madre: reduce el riesgo de padecer enfermedad cardiaca, diabetes tipo II, diferentes tipos de cáncer (mama, ovario, útero).

Sirve como método anticonceptivo al retrasar la ovulación.

Mejora la calidad y cantidad de sueño

Establece un vínculo afectivo importante entre la madre y el recién nacido

Pérdida de peso

- Recién Nacido: mejora el sueño y el desarrollo cerebral, fomenta vínculo afectivo.

Reduce la predisposición a padecer enfermedades respiratorias

Previene las alergias

Disminuye el riesgo de desarrollar obesidad

Favorece el correcto desarrollo de la mandíbula

En el caso de los L**actantes**, estar atento a los síntomas es la mejor manera de detectar la intolerancia a la lactosa.

Es importante saber que en el lactante, la forma de presentación más frecuente es la diarrea aguda mientras que en niños en edad escolar el dolor abdominal, distensión y meteorismo.

El bebé presenta deposiciones ácidas que producen irritación en el área del pañal y heces con olor a vinagre.

Un factor importante a tener en cuenta, es el momento de aparición de la diarrea, en relación con la ingesta de lactosa y con la supresión o desaparición de la misma.

En los lactantes distinguimos dos tipos de Intolerancia:

. Deficiencia Congénita de Lactasa:

Su sintomatología se inicia al nacimiento y aparece cuando el recién nacido toma la leche materna por primera vez.

Por lo general, los niños presentan buen estado general y apetito conservado apareciendo poco después acidosis y deshidratación junto con desnutrición secundaría de no recibir tratamiento adecuado.

El tratamiento indicado para este caso sería suspender de forma inmediata las tomas

. Deficiencia de Lactasa Primaría:

Aparición tardía, se produce como consecuencia de una disminución de la enzima en la mucosa intestinal.
Se manifiesta una vez que se suspende la lactancia materna.
En poblaciones con saneamiento inadecuado y con un porcentaje elevado de procesos infecciosos, gastrointestinales y de desnutrición, el cuadro clínico se manifiesta de forma precoz.
Se diagnostica a través de las heces y con el Test de Hidrógeno con la condición de que los niños tienen que tener edad y capacidad suficiente para poder soplar.
La variabilidad de la sintomatología y la intensidad de la misma dependen de varios factores:

. Factor de Consumo:
  - Cantidad de lactosa ingerida
  - Tipo de lácteo ingerido
  - Consumo simultáneo con otra comida

. Factor Individual:
  - Nivel de actividad de lactasa en el individuo
  - Velocidad de vaciado gástrico
  - Motilidad Intestinal
  - Capacidad de absorción de agua del colón

Los dos factores más importantes para determinar la presencia de síntomas a nivel general son la cantidad ingerida de lactosa y la capacidad de absorción de agua en el colón.

La Intolerancia a la Lactosa en **Niños** suele ser temporal y desaparece tan pronto como se recupera la mucosa del intestino.

Si tomando pequeñas cantidades de leche o derivados, el menor se encuentra bien y no manifiesta sintomatología , no es necesario eliminar de su alimentación dichos productos ya que la lactosa es necesaria para mantener los depósitos de calcio y favorecer así su desarrollo.

Pero en caso contrario, se ponen de manifiesto sintomatología y mal estado general, se hace necesario eliminar de la dieta lácteos y derivados hasta que la mucosa intestinal se restablezca.

Al eliminar dichos alimentos se produce carencia de vitaminas, calcio y proteínas imprescindibles para el crecimiento del menor.

Para poder suplir estas carencias se recetan suplementos y sustitutivos.

Es importante que los progenitores lean las etiquetas de los productos al haber muchísimos alimentos que contienen lactosa.

PRODUCTOS SIN LACTOSA

Estos productos se elaboran siguiendo dos métodos.

. Hidrolisis: eliminación total de la lactosa
. Eliminación parcial de la lactosa

OBJETIVOS

Los objetivos de este revisión bibliográfica son que la gente con este tipo de afección tenga a su alcance toda la información disponible sobre el tema y a su vez sepa reconocer los alimentos permitidos, no permitidos y los que pudieran contener lactosa.

- Alimentos No Permitidos:
  . Leche de vaca, cabra, oveja, yegua
  . Leche Materna, en polvo, evaporada, condensada
  . Batidos
  . Mantequilla
  . Nata, nata líquida
  . Yogures y lácteos
  . Queso fresco, fermentado, curado
  . Postres lácteos, flanes, natillas, arroz con leche, mouse, helados
  . Bechamel
  . Chocolate con leche, bombones

- Alimentos Permitidos:
  . Fruta fresca
  . Frutos secos
  . Pescados
  . Mariscos
  . Cereales
  . Huevos
  . Miel
  . Patatas
  . Arroz, pasta
  . Verduras, legumbres
  . Carnes blancas, rojas
  . Bebidas vegetales
  . Almidón
  . Leche de Almendras

- Alimentos que pueden llevar Lactosa:
  - Cremas
  - Pan
  - Sopas
  - Pasteles, tartas, bollería industrial, galletas, crees
  - Fiambres, embutidos
  - Tostadas
  - Alimentos Precocinados
  - Cereales
  - Aderezos
  - Mahonesa
  - Bebidas Alcohólicas

RESULTADOS

La Intolerancia a la Lactosa y las alergias a la leche son afecciones diferentes cuya causa también lo es.

La principal causa de la Intolerancia son los problemas para poder digerir la lactosa mientras que en las Alergias es la respuesta del sistema inmunitario a una o más proteínas que contiene la leche y derivados lácteos.

La alergia a la leche aparece con mayor frecuencia en el primer año de vida mientras que en la intolerancia suele aparecer más tarde.

La intolerancia puede causar sintomatología incómoda, sin embargo una reacción alérgica puede poner en peligro la vida de la persona (schok anafiláctico) y causar por tanto la muerte.

El principal tratamiento para el tema tratado en estas paginas es la educación del paciente quién debe realizar ciertas modificaciones en su dieta para eliminar las molestias y a su vez saber interpretar de forma correcta el etiquetado de los productos a consumir evitando así ingestión accidental de alimentos que contengan lactosa en su composición.

CONCLUSIONES

Es muy importante detectar y tratar esta deficiencia al ser la Lactasa una de las enzimas intestinales más delicadas.
Sino ponemos remedio alguno a esta deficiencia y por lo tanto seguimos consumiendo lactosa, es decir lácteos y derivados, traerá consecuencias negativas para nuestro organismo y salud.
La lesión se extenderá y alargará a nivel de la mucosa intestinal provocando irritación a dicho nivel y por lo tanto malas digestiones con sintomatología incomoda y molesta.
La intolerancia a la Lactosa afecta a 213 partes de la población, lo que traducido significa, que la mayoría de las personas padecen de dicha afección.
Por lo tanto no se considera una enfermedad sino más bien una incapacidad para poder digerir el azúcar de la leche.
Para la Revisión Bibliográfica expuesta a continuación, he realizado búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos.

Para la Revisión Bibliográfica expuesta a continuación, he realizado búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos.
He consultado Scielo , Google Académico y Vancouver.
La mayor parte de la información ha sido extraída de Adilac, Asociación de Intolerantes a la Lactosa España 2019
He consultado y leído un número importante de artículos para poder exponer el tema a presentar:

. Medline Plus sitio web de los Institutos Nacionales de la Salud para pacientes, familiares y amigos producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Disponible en https://medlinplus.gov

. FEAD Fundación Española del Aparato Digestivo. Disponible en https://www.saludigestivo.es

. FENIL Federación Nacional de Industrias Lácteas. Disponible en www. fenil.org

. Mayo Clinic entidad sin ánimo de lucro dedicada a la práctica clínica, educación e investigación. Disponible en https://www.mayoclinic.org

Palabras Clave:
Lactosa, disacárido, especialista, diagnóstico, tratamiento, alergias, alimentos

TEMA 33. TEMBLOR ESENCIAL.

- MONTSERRAT PIÑERA MATA

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- CRITERIOS DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFIA

DEFINICIÓN

- El temblor esencial es uno de los desordenes neurológicos mas frecuentes en el adulto , 20 veces más común que la enfermedad de Parkinson. Puede ser hereditario en un 50% de los casos o esporádico .

- La edad de inicio tiene una distribución bimodal , con una edad media de aparición de 15 años , pero con mayor frecuencia se manifiesta en la edad adulta .La sintomatología se incrementa con la edad pudiendo llegar a ser muy limitante para las actividades de la vida diaria .No hay diferencia de sexo .Las extremidades superiores se afectan más precozmente, usualmente de forma simétrica y puede diseminarse y afectar a las piernas , cabeza ,músculos faciales , voz y lengua.

El temblor esencial es uno de los trastornos del movimiento más comunes y afecta aproximadamente al 1% de la población mundial. La incidencia aumenta con el avance de la edad. La mayoría de los estudios poblacionales no muestran diferencia de prevalencia entre hombres y mujeres. La edad de inicio puede ser tan temprana como la infancia y tiene una distribución bimodal, con picos en la segunda y sexta décadas de la vida.

El término "esencial" implica que el temblor es de etiología desconocida

En este contexto, ***"aislado"*** significa que el temblor es el único signo anormal, en contraste con el temblor ***"combinado"***, en el que están presentes otros signos, además del temblor. Otro síndrome, el ***"temblor esencial plus"***, incluye signos neurológicos adicionales "leves", tan leves que tienen un significado clínico incierto (por ej., alteración de la marcha en tándem, postura distónica alterada o memoria deteriorada), lo cual no es suficiente para hacer otro diagnóstico alternativo.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

...

- CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO
  - Temblor postural bilateral , con o sin temblor cinético, que afecta a las manos y antebrazos y que es visible y persistente ,
  - Duración superior a cinco años.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
  - Presencia de otros signos neurológicos.
  - Presencia de causas que aumenten el temblor fisiológico.
  - Síndrome de abstinencia de drogas.
  - Evidencia clínica de origen psicógeno. Origen súbito.

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento farmacologico curativo del temblor esencial que consiga erradicarlo por lo que es necesario valorar si es necesario darlo.

Los fármacos más eficaces son:

- Propanolol es bastante efectivo en la mitad de los casos reduce el temblor . Es necesario administrarlo de forma paulativa.
- Primidona tan efectivo como el anterior y también administrado de manera paulativa.
- Gabapentina.

Otras terapias incluyen:

- Talatomia estereotáxica el procedimiento quirúr
gico más frecuente usado cuando falla el tratamiento farmacológico.

- Estimulación talámica implantación electrodo en área talámica.

Para los pacientes cuyos síntomas causan discapacidad importante y que no responden adecuadamente a la farmacoterapia, se puede recurrir a tratamientos con niveles de evidencia de eficacia más bajos (por ej., topiramato, alprazolam o gabapentina), o se analizará con el paciente la posibilidad de aplicar la estimulación cerebral profunda o hacer la talamotomía con ultrasonido forzado guiado por resonancia magnética y los posibles riesgos de la intervención quirúrgica y el beneficio potencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez FJ,Luquin MR, Molina JA,LinazasoroG Tratado de los trastornos del Movimiento Barcelona:VIGUERA EDITORES SL 2008.
- Lopez de Val J Transtornos dl movimiento Barcelona 2001.
- Garcia Ruiz PJR Guia Oficialpara el diagnósticoy tratamiento de la distonía.Sociedad Española de neurologiá Barcelona 2008.

TEMA 34. RETOS SOCIALES EN EL ÁMBITO GERIÁTRICO: LAS TECNOLOGÍAS DIGITALES Y LA TERCERA EDAD.

•CRISTINA CABEZUELO VECINA

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN: UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA.

2.- NUESTROS MAYORES Y LAS TECNOLOGÍAS.

3.- LA INVESTIGACIÓN EN TECNOLOGÍA DIGITAL.

4.- LOS ANCIANOS ESPAÑOLES ANTE EL RETO DIGITAL.

5.- A MODO DE CONCLUSIÓN.

6.- BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES.

1.- INTRODUCCIÓN: UNA POBLACIÓN ENVEJECIDA

Hoy en día los españoles contamos una esperanza de vida superior al resto de ciudadanos del mundo, a excepción de algunos países como Italia o Japón. El envejecimiento de la población es hoy uno de los fenómenos más relevantes en las sociedades occidentales. El incremento de la población de más de 55 años va en aumento.

Algunas estimaciones afirman que en la mitad del siglo XXI, el 32 por ciento de la población española estará constituida por personas mayores, lo que nos convertirá en el país más longevo del mundo. Este hecho se produce por un aumento de la esperanza de vida como consecuencia de los avances en medicina, las mejoras derivadas de la nutrición y la educación, entre otros factores.

España es cada vez un país mucho más viejo. Además, en los últimos años aquí en nuestro país se ha producido un descenso de los índices de natalidad. En la actualidad se produce un debate en el seno de la sociedad española sobre una cuestión tan importante como es el futuro demográfico del país, especialmente en relación al porvenir del estado de bienestar y el pago de las pensiones. Hasta que los responsables políticos y de la administración encuentren las soluciones pertinentes, se plantea además un nuevo reto. Ese reto consiste en cuidar adecuadamente a la población mayor que ya existe en España, conforme a una pirámide de población envejecida. Nuestros mayores al mismo tiempo conviven en su entorno con un nuevo contexto: la omnipresencia de los medios de comunicación, especialmente de las redes sociales y las nuevas tecnologías en la última década.

Conforme a las ideas del comunicólogo albaceteño Manuel Castells (2001), las tecnologías de la información y comunicación, más conocidas con sus siglas TIC, abren un campo enorme de posibilidades, tanto en difusión de información como en capacidad de conexión directa entre emisores y públicos potenciales entre la gente.

Pero, sin embargo, la tecnología y las redes sociales también incluyen una serie de barreras cuando el uso lo realizan personas de edad avanzada (Hamelink, 2000).

El reciente auge y desarrollo de las nuevas tecnologías no ha permitido un continuo contacto con este colectivo con el resto de capas de la sociedad. Además, en ocasiones las personas mayores se sienten ajenas a la tecnología o no se encuentran cómodas ni preparadas ante ella, ya que no han recibido una formación adecuada en relación con las nuevas tecnologías digitales.

En muchas ocasiones se genera incluso desconfianza (Suh, & Han, 2003). E incluso en algunos momentos, el propio servicio que ofrecen el conjunto de las nuevas tecnologías no está enfocado ni aplicado a los posibles usos concretos útiles para las personas de determinada edad.

De este modo, se puede afirmar sin temor a equivocarse que hay una escasa adecuación de las TIC a las personas mayores, sin embargo sí plantean muchas oportunidades para ellas. Las personas mayores deben llegar a convencerse de las ventajas que les reportan estos nuevos servicios y han de adquirir las habilidades necesarias para manejar las herramientas que les permitan utilizarlos, incluyendo herramientas para el cuidado y mejora de su salud (Choi, & Leung, 2008) especialmente con vistas a un envejecimiento activo y saludable, especialmente cuando su día a día ocurre en residencias y centros geriátricos y la comunicación presencial con la familia no es diaria.

2.- NUESTROS MAYORES Y LAS TECNOLOGÍAS DIGITALES

La sociedad digital propone un modelo en el que la comunicación converge a través de las multipantallas otorgando la oportunidad de un *feedback* que ha modificado las relaciones entre los individuos (Aparici, 2011). Con las nuevas tecnologías surge un sistema comunicativo donde todos los usuarios que participan pueden ocupar la situación de emisores mediante la creación de contenidos y, especialmente, mediante la participación. Esta participación, junto con el proceso de inclusión de Internet en los hogares del ciudadano del siglo XXI, y el uso de otros recursos digitales móviles, provocan una auténtica revolución social (Barroso, 2002). La industria tecnológica se ha visto obligada a generar nuevos contenidos y modificar la forma de relacionarse con los consumidores y ciudadanos mayores.

En este proceso, la educación es clave en nuestros mayores. Son necesarios mecanismos para que la enseñanza y el aprendizaje sean continuos y alcancen a la mayor cantidad de personas, especialmente a las personas de avanzada edad necesitadas de nuevos conocimientos, habilidades y destrezas digitales. Los procesos cognitivos en personas mayores son diferentes respecto a personas de edades inferiores y vienen determinados tanto por condiciones personales como socio-culturales (Pavón, 2000: 133-139). Nuestros mayores se están acostumbrando a un nuevo escenario en el que ellos comienzan a tener mayor protagonismo. Con el paso de los años, se produce un cambio en los procesos de aprendizaje así como en la capacidad de retener datos, lo que exige que los procesos formativos y de aprendizaje de estos colectivos deban adecuarse a sus características (Freixas, 1997).

3.- LA INVESTIGACIÓN EN TEGNOLOGÍA DIGITAL

Este trabajo resume los datos sobre un estudio sobre el uso, consumo y nivel de conocimiento y competencia que tienen las personas de avanzada en el caso de España, en una investigación realizada en el año 2015, publicada en la revista *Comunicar* y cuyos autores son C. González, C. Fanjul y F. Cabezuelo. Su investigación recurría a la herramienta metodológica y cuantitativa del cuestionario ya que esta fórmula permite estudiar un fenómeno social como un proceso dinámico y dentro de su contexto real (Callejo, 2002: 409-422). Se trata por tanto de una encuesta. El estudio publicado en la revista *Comunicar* en 2015 recoge un total de 175 en Madrid, Barcelona, Castellón, Cuenca y Valencia. Este estudio se toma como base para la siguiente reflexión teórica-práctica.

Con el fin de dotar a las encuestas de la máxima eficacia y credibilidad, todos los cuestionarios fueron realizados en persona ante el encuestador. Se concertaron citas en instituciones de carácter público donde un encuestador realizaba los cuestionarios de manera presencial. El cuestionario fue evaluado previamente por expertos en la materia. Las respuestas fueron analizadas a través del cruce y cómputo de datos estructurados de los bloques de preguntas que estaban relacionados con las siguientes variables:

- Dispositivos tecnológicos: nivel de conocimiento que posee, nivel de uso y hábito de consumo.
- Consumo televisivo: tipología de contenidos, soporte y hábitos de uso y consumo.
- Redes sociales: nivel de conocimiento, usabilidad, participación y sinergias con otros medios.
- Internet y hábitos de compra: usabilidad y navegación, compras, nivel de manejo en terminología web.

- Información: medios de comunicación para mantenerse informados, hábitos a la hora de informarse.
-Competencia mediática: nivel de conocimiento en las TIC, cómo se forman y grado de interés en seguir formándose.

Desde el inicio de esta investigación publicada en *Comunicar*, se pretendía aplicar un método cuantitativo para extraer reflexiones sobre presente y futuro de las nuevas tecnologías en la población de mayores.

Con esa encuesta se buscaba, por tanto, recoger la percepción, hábitos de consumo, inquietudes y necesidades de estos colectivos de personas mayores ante la explosión de Internet y el riesgo existente de su exclusión de la revolución digital que estamos viviendo.

La encuesta tenía un total de veinte preguntas sesgadas según el rango de edad (De 55 a 65, de 66 a 75 y más de 75), nivel de estudios (Sin estudios, primarios, secundarios o superiores) y sexo (masculino o femenino).

4.- LOS ANCIANOS ANTE EL RETO DIGITAL

Aunque el uso de Internet está muy integrado en gran parte de la sociedad española, todavía queda mucho camino por recorrer para insertar aquellos usuarios españoles que por cuestiones de edad, mantienen una relación aún distante con el mundo digital con el que sí están familiarizados los jóvenes. De acuerdo con la oleada de octubre de 2013 a mayo de 2014 del Estudio General de Medios (EGM), el problema de la población mayor se sitúa en la franja de los 55 años a los 64 años; un colectivo que aunque en muchas ocasiones cuenta con los dispositivos necesarios, no saben sacarles todo el provecho porque se encuentran en una fase muy inicial a nivel de usuario. En peores circunstancias parecen encontrarse los mayores de 65 años, cuya baja penetración actual (inferior al 30%) es difícil de revertir y condena irremediablemente a este colectivo al analfabetismo digital y exclusión.

Los mayores españoles de clase media-baja o baja tienen algunas reticencias que superar para incorporarse de pleno a la sociedad digital, especialmente, dentro de la población de mayores de 55 años. Además, la crisis económica ha provocado que este segmento haya perdido la oportunidad que les conducía directamente a la adaptación a Internet. Sus niveles de crecimiento como usuarios han sido más lento que en otros estamentos sociales, conforme al estudio publicado en *Comunicar*. En relación al conocimiento, uso y hábitos de consumo en dispositivos tecnológicos, los encuestados de entre los 55 y los 65 años poseen un conocimiento alto de la televisión a la carta o bajo demanda (63%), Internet (33%), tablet (21%), WhatsApp (20%) y Facebook (19%), siendo los conceptos de website (8%), hastag (6%) y streaming (3%) los más desconocidos. Así, se detecta un bajo conocimiento del concepto de “televisión a la carta” (12%) en los mayores.

Los que sí conocían el término, lo había utilizado en alguna ocasión mediante descarga de un contenido audiovisual y desde la página web de la cadena de televisión emisora. Cuando se les comenta en qué consiste la televisión a la carta y qué facilidades les podía ofrecer, el 72% afirmó que les gustaría que su televisor les ofreciera programación acorde a sus gustos y con la posibilidad de consumir los contenidos cuando ellos quisieran, según el estudio de *Comunicar*.
El dispositivo que más utilizan es el teléfono móvil (81%) y la mayoría lo usa por comodidad (62%) y por hábito (32%) y en horario indiferente (71%). Nuestros mayores utilizan este dispositivo principalmente para estar informados y conectados (69%), para entretenerse (18%) y para hablar (10%). Solo el 2% afirmó haberlo utilizado para el estudio y/o formación. La formación que tienen los mayores en España proviene de familiares y amigos (61%) seguido de la autoformación (26%) y solo un 13% había acudido a un curso.

Por el contrario, nuestros mayores muestran un alto interés en formarse en nuevas tecnologías (87% quieren frente al 13% que rechaza) mediante cursos presenciales (62%) y congresos específicos sobre este tema y acorde a sus necesidades (38%). Reclaman una mayor formación ad hoc para ellos puesto que necesitan de un lenguaje más básico para su comprensión. La oferta en formación para mayores en España debe adecuarse más a su perfil y a sus limitaciones/capacidades de aprendizaje. Las aplicaciones no son muy utilizadas por los mayores españoles, solo un 15% manifestó que tenía aplicaciones en su dispositivo, entre las cuales destacaban las relacionadas con noticias (8%), juegos (5%) y banca online (2%). La utilización del correo electrónico por parte de nuestros mayores es alta (63%) y sus principales usos son para recibir correo (51%) y para enviar (44%), solo el 3% afirmó haberlo usado para participar en concursos y promociones y solo el 2% afirmó utilizarlo por moda.

En cuanto al consumo televisivo, los españoles utilizan el tradicional soporte de televisor para consumir televisión (85%). De las otras pantallas posibles de consumo también utilizan el ordenador fijo (8%) y la tableta (4%), mientras que a través de su teléfono móvil solo ven televisión el 3%. En España, el consumo televisivo se realiza en el hogar y la mayoría consume televisión en horario de noches (55%), por las mañanas el 25% y por las tardes el 20%. Los principales medios que utilizan para informarse son la televisión (40%), la prensa escrita (30%) y la radio (20%). Solo un 10% afirmó informarse en Internet.

Los hombres y mujeres españoles de edad avanzada tienen una participación baja en contenidos mediáticos a través de las redes sociales, pero el dato es mucho más escaso.

Nuestros mayores no usan las redes ni para participar en concursos ni para hacerse fan de alguna marca y lo justifican porque no entienden su finalidad.
Respecto a usabilidad, navegación en Internet y hábitos de compra no hay grandes diferencias por rangos de edad.
En general, la mayoría de españoles acuden directamente a la tienda física para realizar sus compras (74%) y solo el 9% busca información por Internet antes de acudir al punto de venta. Los españoles se muestran reacios a comprar en el medio online, especialmente, por la desconfianza que les genera el introducir sus datos bancarios. El 10% afirmó que en ocasiones, y según el tipo de producto (sobre todo tecnológicos), lo encargaban a algún familiar. Solo el 6% afirmó que la publicidad les ayuda a elegir sus productos/servicios y la mayoría desconocía páginas específicas de venta online (88%).

En el caso de España, el 85% de nuestros mayores afirma que nunca ha participado, el 14% lo ha hecho en alguna ocasión y solo un 1% manifiesta hacerlo de una manera asidua, es decir, con frecuencia, según el estudio publicado por la revista *Comunicar* en 2015.

Además, de todas las personas que participaron en el citado estudio estadístico, la mayoría lo había hecho principalmente a través de la red social Facebook (71%), otros con mensajes de texto (15%), muy pocos en blogs (10%) y una minoría e la red social Twitter (4%). Y de los que no han participado nunca, la mayoría justifica que desconocen esta posibilidad (81%) y solo el 19% afirma que conocen esta opción pero no saben cómo hacerlo. Ante estos datos, resulta más que evidente que es necesaria una formación específica para nuestros mayores en materia de tecnologías de la información y de la comunicación ante el reto digital que nos acecha.

En cuanto al ítem de nivel de conocimiento y usabilidad en redes sociales en general, los mayores españoles no se consideran usuarios de redes sociales (82%), solo el 3% se considera usuario y el 15% en alguna ocasión.

No poseen un conocimiento básico de las redes sociales existentes; la mayoría conoce Facebook (75%), algún blog (15%) y Twitter (10%), y no conocen qué es una comunidad u otro tipo de red social. Afirman que las conocen por la televisión, las noticias y por sus familiares, sobre todo, los más jóvenes.

El uso que realizan de ellas es siempre en su tiempo libre y de las actividades que más destacan coinciden con los franceses y británicos: compartir fotos y vídeos con amigos y familias es la más habitual (54%), seguido de escribir comentarios (25%) y buscar perfiles de otras personas afines o que les interesa (21%).

De este modo, se puede afirmar sin temor a equivocarse en el caso de nuestro país, frente a otras naciones de nuestro entorno, en el caso de España el comercio electrónico está poco desarrollado entre la población envejecida, siendo un target cuyos mensajes publicitarios no impactan ya que desconocen este tipo de actividad en la red y, especialmente, desconfían del medio a la hora de realizar sus compras.

El precio no es un factor relevante que genere un cambio en el comportamiento de compra en Internet. Aunque plataformas de venta online muy conocidas y seguras como es el caso de Amazon tienen cada vez más implantación y ganan segmentos en el mercado, nuestros mayores todavía desconfían de la compra y venta por Internet. Nuestros mayores siguen apostando por el comercio tradicional en tiendas y comercios de su entorno, ya en el ámbito rural o en el urbano.

5.- A MODO DE CONCLUSIÓN

La tercera edad española, en comparación con la de otros países industrializados del mundo, es una de las que tiene más baja adaptación tiene en relación a uso de las nuevas tecnologías y que, principalmente.
Esta realidad viene determinada por la escasa formación y educación que las personas mayores tienen en el campo de las tecnologías digitales que están ahora tan de moda.
Las cifras invitan a la puesta en marcha de nuevas iniciativas dirigidas a este colectivo de una manera más específica y con metodologías adaptadas a sus necesidades, capacidades y limitaciones. Nuestros mayores tienen inquietudes pero éstas han de fomentarse más, sobre todo si pretendemos una homologación con los estándares de los países europeos de nuestro entorno.

Tanto en el ámbito nacional como en el internacional se han puesto en marcha diferentes experiencias de éxito en materia de formación que han permitido a los diferentes colectivos minoritarios o con necesidades especiales seguir activos e integrados en la sociedad a lo largo de toda la vida.

Dada la situación actual de envejecimiento de la población española, en estos momentos es más necesario que nunca reforzar esos programas con distintas transformaciones a través de programas de formación continua destinados a las personas mayores. Las diferentes autoridades españolas necesitan impulsar y apoyar iniciativas públicas y/o privadas para poner en marcha mecanismos necesarios para que en la actual sociedad de la información y el conocimiento, la formación sea realmente permanente, continua, y alcance a la mayor cantidad de personas, sin dejar a un lado a nuestros mayores. Esta responsabilidad incluye especialmente a los centros geriátricos.

La industria tecnológica debe incluir entre sus productos y servicios una oferta adaptada a los perfiles de nuestros mayores que permita su fácil asimilación, uso y aplicación en su vida cotidiana.

De este modo se puede afirmar sin temor a equivocarse que es necesaria una atención prioritaria a favor de nuestros mayores para que ganen en autonomía y puedan enfrentarse por ellos mismos a la búsqueda información (buscar, seleccionar, elaborar y difundir) en la nueva sociedad digital que les ofrece tantas y tan nuevas posibilidades para mejorar su calidad de vida.

Este nuevo digital para nuestros mayores conlleva la aceptación de sus implicaciones económicas, ideológicas, políticas y culturales de estos nuevos tiempos tan ligados a la tecnología, para que la tecnología no sea solo patrimonio de los jóvenes y deje erróneamente a un lado y marginados a nuestros mayores.

6.- BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

Aparici, R. (Coord.) . La educación 2.0 y las nuevas alfabetizaciones. Barcelona: Gedisa, 2011.

Aparici, R., & Silva, M. Pedagogía de la interactividad. Comunicar, 2012, 38, 51-58.

Barroso, R. Las personas mayores y las nuevas tecnologías: una acción en la sociedad de la información. *Revista Innovación Educativa,* Vol. XXII, 2002, 319- 337.

Cabezuelo-Lorenzo, F. Cinco años de crisis en el mercado de la comunicación (2008-2013). Historia y Comunicación Social, 2013, 18, 703-715.

Callejo, J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Revista Española de Salud Pública, 2002, 76 (5), Oct. 2002. 409-422.

Castells, M. La galaxia Internet. Barcelona: Plaza y Janés, 2001.

Choi, K.Y., & Leung, R. S. E-Health for Older People: the Use of Technology in Health Promotion. Cyber Psychology, & Behavior, 2008, 11; 475-479.

De-Andrés, S., & De-Lima, R. Análisis crítico del discurso publicitario institucional/comercial sobre las personas mayores en España. Comunicar, 2014, 42, 189-197.

Freixas, A. Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. Anuario de Psicología, 1997, 73, 31-42.

González, C. , Fanjul, C. y Cabezuelo, F. Uso, consumo y conocimiento de las nuevas tecnologías en personas mayores en Francia, R. Unido y España. Revista *Comunicar,* Huelva, 2015

Hamelink, C. J. (2000). The Ethics of Cyberspace. London: Sage

Pavón, F. (2000). Tecnologías avanzadas: nuevos retos de comunicación para los mayores. Comunicar 15, 133-139.

Suh, B., & Han, I. (2003). The Impact of Customer Trust and Perception of Security Control on the Acceptance of Electronic Commerce. International Journal of Electronic Commerce, 7; 135-161.

TEMA 35. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS.

- NOELIA MANRIQUE GONZÁLEZ
- LIDIA RODRIGUEZ LÓPEZ
- MARIA DOLORES MORENO GARCÍA
- MARIA ELENA AGUILERA MESEGUER

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN/RESUMEN.

OBJETIVOS.

METODOLOGÍA DE TRABAJO (Descriptores. Bases de datos. Fórmulas de búsqueda: periodo en el tiempo en el que se basan los resultados, criterios de inclusión/exclusión.).

RESULTADOS.

DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN.

BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN.

La epidemiología es el estudio de los factores que determinan la frecuencia y distribución de las enfermedades en humanos. Sus fines fundamentales son fenómenos biológicos y sociales que afectan la salud.

La infección hospitalaria no está presente, o en incubación, al ingreso.

-Endógena o reactiva (por virus latente): causadas por organismos oportunistas de la flora normal, como herpesvirus (Citomegalovirus, Herpes Simple y Varicela Zoster). Frecuente en adultos.
-Exógena: causadas por organismos que porta el personal, dispositivos médicos y ambiente, como virus Influenza y Hepatitis. Mayoría de infecciones pediátricas.

Para diferenciar entre hospitalaria y adquirida en la comunidad consideramos el periodo de incubación.

Transmisiones:

-Contacto (más común).
*Directo. Paciente-paciente,paciente-personal.
*Indirecto. Objetos inanimados contaminados y no desinfectados y/o esterilizados adecuadamente.
*Por gotas. Diseminadas al toser o hablar.
-Vehiculo común.
*Alimentos.
*Sangre.
*Reactivos.
*Medicamentos.
-Aire. Supera grandes distancias(Legionelosis).
-Vectores. Rara en países desarrollados.

OBJETIVOS.

Conocer las consecuencias de las i.hospitalarias, describir sus formas de transmisión y valorar los beneficios de su prevención.

METODOLOGÍA.

Descriptores: “epidemiología”,“infección”.

Las fuentes tratan de 2003-2007.

Criterios de inclusión/exclusión - Patógenos causantes, periodo de incubación, frecuencia y distribución de enfermedades.

RESULTADOS.

Aproximadamente el 5,5% de los ingresados desarrollan una i.hospitalaria (5% virales abarcando tracto respiratorio o gastrointestinal y predominantes en pediatría y, después, en neonatología).

De mayor a menor incidencia el tracto urinario (Escherichia Coli), heridas quirúrgicas (Staphylococcus Aureus), heridas del tracto respiratorio inferior y la bateriemia (S.Aureus) primaria son los lugares más comunes. Y las bacterias causantes Escherichia Coli (adultos), S.Aureus (infecciones cutáneas en neonatos y del tracto urinario y respiratorio inferior en pediátricos), enterococos y Pseudomonas Aeruginosa (resistentes a antimicrobianos y común en inmunocomprometidos).

Los virus prevalecen en bebés y jóvenes, y las bacterias en adultos y ancianos.

CONCLUSIONES

La implantación hospitalaria de programas eficaces de prevención y control reduce el periodo de ingreso, la mortalidad y los costos.

BIBLIOGRAFÍA.

Pág. Web.

http://www.madrid.org/guiadebuenaspracticasparalaprevencionycontroldelainfe.nosocomial.es/Satellite?C=PTSA_multimedia_FA&cid=1142547800759&pagename=PortalSalud%2FPTSA_MultimediaFA%2FPTSA_documentowebeditpro.

Libro.

Página 203 de la 1ª edición de “Microbiología, Tomo 1” de la editorial Thomson.

TEMA 36. ACCIDENTES DE TRABAJO.

- LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.
II. ACCIDENTES CON BAJA SEGÚN LA EDAD.
III. ACCIDENTES CON BAJA SEGÚN EL GÉNERO.
IV. ACCIDENTES IN ITINERE SEGÚN LA EDAD.
V. ACCIDENTES IN ITINERE SEGÚN EL GÉNERO.
VI. ACCIDENTES DE TRABAJO SEGÚN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA.
VII. ACCIDENTES DE TRABAJO SEGÚN EL TIPO DE CONTRATO.
VIII. CONCLUSIÓN
IX. BIBLIOGRAFÍA.

I. INTRODUCCIÓN

Cada día se producen más de 2.000 accidentes de trabajo y mueren, al menos, 4 trabajadores por esta causa. La precarización del mercado de trabajo incrementa el riesgo de accidentes:

- Por cada accidentes de un trabajador/a fijo se accidentan hasta 4 trabajadores temporales.

La falta de formación y la asignación de nuevas tareas sin un período previo de aprendizaje favorecen los accidentes de trabajo. Diversas encuestas señalan que la siniestralidad laboral es uno de los principales riesgos percibidos por la población laboral; siendo la percepción de ½ de los trabajadores, como causa de los accidentes más frecuentes, el exceso de confianza o de costumbre y ¼ de los trabajadores afirma que la causa del accidentes más común son las tareas peligrosas que desempeñan.

II. ACCIDENTES CON BAJA SEGÚN LA EDAD

- El grupo de edad en el que se concentran el mayor número de accidentes con baja durante la jornada laboral, es el de los trabajadores entre 35 a 39 años, seguido de los que tienen entre 40 a 44 años.
- Por otro lado, el grupo de edad en el que el índice es más elevado es el de los trabajadores de entre 55 a 64 años, seguido de los de entre 50 a 54 años.
- El numero más alto de trabajadores que perdieron la vida en su trabajo se encuentra entre los 55 a 64 años, seguido de los de entre 50 a 54 años.

Tanto el dato del índice de incidencia como el numero de trabajadores fallecidos durante su jornada laboral son más altos, cuanto más mayores son los trabajadores.

III. ACCIDENTES CON BAJA SEGÚN EL GÉNERO.

Entre las mujeres, los accidentes de trabajo durante la jornada laboral que han ocasionado son mucho menos numerosos que los de los hombres. El mayor numero de este tipo de accidentes se ha registrado entre las de 55 a 64 años. Este rango de edad corresponde también con el de mayor incidencia. Los accidentes mortales se han dado en los grupos de 40 a 44 años, seguido de las de 45 a 49 años.

En los varones, los trabajadores entre 35 a 39 años son los que registraron un mayor numero de accidentes. Los accidentes mortales son más numerosos cuanto más años tiene el trabajador.

IV. ACCIDENTES IN ITINERE SEGÚN LA EDAD

En relación con lo accidentes con baja in itinere y atendiendo a la distribución por edades, la mayor concentración del número de accidentes se da entre los 30 y los 44, siendo los trabajadores de entre 35 a 39 años los que han sufrido una mayor cantidad de accidentes de este tipo.

El mayor índice de incidencia se da entre los mayores de 65 años. El índice de los accidentes sufridos por los trabajadores de entre 20 a 24 años es el segundo más alto, por lo tanto los trabajadores más jóvenes así como los más mayores son los que sufren más accidentes por cada 100.000 trabajadores.

La mayor cantidad de accidentes mortales se ha producido entre trabajadores de 35 a 39 años.

V. ACCIDENTES IN ITINERE SEGÚN EL GÉNERO

Según las encuestas realizadas de enero a junio de 2019, el número de accidentes de trabajo con baja in itinere dentro del colectivo de trabajadores asalariados fue 40.256, de los cuales el 45% (18.121) afectaron a varones, mientras que el 55% restante (22.135) afectaron a mujeres.

Por gravedad, 489 fueron accidentes in itinere graves y 59 accidentes in itinere mortales.

Los accidentes mortales in itinere se distribuyeron en 53 casos en varones y 6 en mujeres ,dentro del colectivo de trabajadores asalariados

VI. ACCIDENTES DE TRABAJO SEGÚN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

El mayor índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja, según los datos recogidos de enero a junio de 2019, lo presentan en primer lugar las Islas Baleares, seguido de la Comunidad Foral de Navarra y Castilla La Mancha.

Por el contrario, la comunidad autónoma con menor índice es Madrid.

Los mismos datos se registran para accidentes de trabajo mortales.

VII. ACCIDENTE DE TRABAJO SEGÚN EL TIPO DE CONTRATO

Se ha observado que los accidentes en jornada sufridos por personas con contratos temporales presentan un índice muy superior a los producidos entre personas con contratos indefinidos (un 50% más), mientras que los contratos a tiempo completo superan de largo a los de tiempo parcial.

Este último dato responde a que los contratos a tiempo parcial suponen jornadas de trabajo reducidas y por lo tanto la duración de la exposición al riesgo es menor.

VIII.CONCLUSIÓN

El numero de accidentes de trabajo en España ha aumentado desde 2018 así como lo ha hecho la siniestralidad relativa, expresada en índices de incidencia.

La siniestralidad in itinere ha aumentado un 5,7% en todos los sectores desde 2013.

Las diferencias entre hombres y mujeres en el mercado de trabajo se reflejan en la siniestralidad. Las actividades con mayores niveles de siniestralidad están altamente masculinizadas debido a que tradicionalmente contaban con mayor reconocimiento y remuneración. La siniestralidad in itinere, en cambio, marca un perfil diferente ya que desde 2009 se produce un mayor numero de accidentes al ir o volver del trabajo en mujeres que en hombres.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Artículo de revistas:

- **Informe sobre evolución de los accidentes de trabajo en España** (2012-2018). Confederación Sindical de CC. OO. Madrid. 2019.
- **Estadística de accidentes de trabajo. Avance enero-junio 2019.** Ministerio de trabajo, migraciones y seguridad social.
- **Informe de accidentes de trabajo**. UGT
- **El accidente de trabajo y la enfermedad profesional**. CC. OO

TEMA 37. ALCOHOL EN EL ÁMBITO LABORAL.

- MARINO ARECES FERNÁNDEZ

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.
II. ¿QUÉ ES EL ALCOHOL?.
III. FACTORES QUE FAVORECEN EL CONSUMO DEL ALCOHOL EN EL ÁMBITO LABORAL.
IV. CONSECUENCIAS.
V. CONDUCTAS QUE INDICAN EL CONSUMO DEL ALCOHOL EN EL TRABAJO.
VI. RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL ALCOHOL.
VII. MEDIDAS DE PREVENCIÓN.
VIII. ACTUACIÓN ANTE EL PROBLEMA DEL ALCOHOL.
IX. CONCLUSIÓN.
X. BIBLIOGRAFÍA.

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de mala salud en el mundo.

Una gran variedad de problemas relacionados con el alcohol pueden tener repercusiones devastadoras en las personas y sus familias.

El uso nocivo del alcohol es uno de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles importantes que son susceptibles de modificación y prevención.

II. ¿QUÉ ES EL ALCOHOL?

Es un líquido incoloro, de olor fuerte e inflamable que se obtiene por destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, como la uva, la melaza, la remolacha o la papa, forma parte de numerosas bebidas (vino, aguardiente, cerveza, etc.) y tiene numerosas aplicaciones industriales.

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, que pertenece al grupo de sedantes junto con los barbitúricos y las benzodiacepinas.

III. FACTORES QUE FAVORECEN EL CONSUMO DEL ALCOHOL EN EL ÁMBITO LABORAL

a) Mayor aumento de la oferta o disponibilidad de las bebidas.
b) Reuniones de trabajo con un amplio grupo de personas que suelen acompañar de ingesta de bebidas alcohólicas: vino, vermut, cervezas, etc.
c) Trabajos en los que por su particularidad el trabajador tiene un acceso más fácil y habitual a esta clase de bebidas (camareros, cocineros, etc).
d) Trabajos en los que se necesitan unas condiciones físicas o psíquicas de especial resistencia, como pueden ser trabajos de la construcción, metalurgia, etc.
e) Falta de motivación.
f) Exceso de trabajo o responsabilidad.
g) Monotonía y repetitividad del trabajo diario.

IV. CONSECUENCIAS

CEREBRO

- Cambios en la visión, pérdida de coordinación muscular y alucinaciones.
- La persona confunde la realidad con sus invenciones.

SISTEMA NERVIOSO

- Inhibición del dolor.
- Entorpecimiento de los reflejos.
- Depresión.

APARATO DIGESTIVO

- Afecta al hígado.
- Esofagitis.

PÁNCREAS

- Diabetes

V. CONDUCTAS QUE INDICAN EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL TRABAJO

- Impuntualidad en el horario de trabajo.
- La ausencia del trabajo.
- Las continuas y diversas quejas.
- La disminución del rendimiento laboral.
- La escasa productividad.
- Cambios en el estado de animo
- Conflictos con jefes y compañeros.

VI. RIESGOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL ALCOHOL

A. ESTRÉS LABORAL.

El estrés laboral puede conllevar consecuencias físicas (trastornos gastrointestinales, respiratorios, etc), psicológicas (alteraciones del sistema nervioso, ansiedad, etc) y para la empresa (bajas, absentismo, etc).

B. SÍNDROME “BURNOUT”.

Se caracteriza por un progresivo desgaste profesional del trabajador que lleva aparejados síntomas psicosomáticos (fatiga crónica, insomnio, etc.) emocionales (irritabilidad, ansiedad, etc) y conductuales (absentismo, incremento de conflictos con los compañeros o superiores, etc.)

C. ACOSO LABORAL.

A nivel psicológico, físico, social y organizacional.

VII.MEDIDAS DE PREVENCIÓN

a. Minimizar en la medida de lo posible el trabajo a turnos y nocturno.
b. Establecer los turnos teniendo en cuenta el ciclo del sueño.
c. Reducir la complejidad de las tareas por la noche.
d. Formar e informar a los trabajadores sobre los riesgos de su tarea y las herramientas y maquinaria que utilizan.
e. Usar los equipos de protección individual.
f. Vigilancia de la salud.
g. Mantener el orden y limpieza en los lugares de trabajo.
h. Iluminar adecuadamente los lugares de trabajo y zonas de paso.
i. Utilizar ropa y calzado adecuados.
j. Establecer sistemas de comunicación fluidos
k. Los trabajadores deben tener la posibilidad de ausentarse del puesto cuando lo necesiten.

VIII.ACTUACIÓN ANTE EL PROBLEMA DEL ALCOHOL

La política de prevención en alcohol debe:

1. Sensibilizar sobre actitudes que propician el consumo inadecuado del alcohol u otras drogas.
2. Informar de los riesgos derivados del uso inadecuado de estas sustancias.
3. Desmitificar creencias erróneas sobre el consumo de alcohol.
4. Ofrecer normas para, en todo caso, y siempre fuera del entorno laboral, realizar un consumo controlado y adecuado de bebidas alcohólicas.

IX. CONCLUSIÓN

El ocio y el trabajo tiene que favorecer la satisfacción de las necesidades de los trabajadores, acercándolos al estado de bienestar.

Se debe considerar además de la capacidad de rendimiento de los trabajadores, el gasto energético que realizan en su desempeño y el grado de satisfacción laboral que tienen, para así abordar de raíz un futuro problema de alcoholismo.

X. BIBLIOGRAFÍA

Artículos de revistas:

- **Prevención del consumo de alcohol en el lugar de trabajo.** Ugt. 2011

Páginas web:

- https://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-el-alcohol-y-que-efectos-produce

TEMA 38. INCIDENCIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.

- BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA
- MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ UNZUA
- GEMA MARÍA BERNAL ALONSO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CAUSAS
3. SINTOMAS
4. TRATAMIENTO
5. PREVENCIÓN
6. CONCLUSIÓN
7. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

La anorexia es el principal trastorno de conducta alimentaria (TCA), asociada a problemas psiquiátricos (depresión, suicidio). Puede provocar patologías graves difíciles de curar y presentar consecuencias peligrosas: anemia, pérdida muscular, incluso la muerte debido a la desnutrición e deshidratación. Se caracteriza por un autoconcepto físico negativo, control obsesivo del peso basado en la restricción de la comida y el uso de medicamentos.

El 90% de las personas que padece esta patología son mujeres, aunque en la última década ha aumentado la prevalencia en los hombres jóvenes. Las personas con mayor riesgo de padecer este TCA tienen antecedentes familiares, sufren de ansiedad o depresión y/u desempeñan profesiones que demandan un cuerpo esbelto.

2. CAUSAS

La anorexia nerviosa es el resultado de un conjunto de factores:

✓ **físicos** (genética, edad, sexo)

✓ **psicológicos** (depresión, incluyen trastornos que incitan al paciente a controlar su peso, inferior al estándar, de forma obsesiva; tienen miedo a engordar, poseen una imagen distorsionada del cuerpo) y

✓ **sociales** (modas, publicidad, la presión que ejercen los amigos, la familia y las redes sociales).

Los desencadenantes de este TCA son muy diversos, oscila desde un suceso que haya causado un fuerte impacto emocional en el sujeto, pasando por fracasos escolares hasta haber realizado previamente dietas sin resultado.

3. SÍNTOMAS

Los síntomas de la anorexia nerviosa son el resultado de la falta de alimentos, entre los que se distinguen aspectos físicos, conductuales y emocionales:

Síntomas físicos:

- ✔Pérdida de peso
- ✔Semblante excesivamente delgado
- ✔Malnutrición, deshidratación, falta de calcio
- ✔Cansancio, desvanecimientos
- ✔Alteraciones químicas y bioquímicas en sangre y amenorrea
- ✔Transformaciones endocrinas, dermatológicas, digestivas, cardiológicas (arritmia y muerte súbita), musco esqueléticas (osteoporosis)
- ✔Pérdidas de cabello, insomnio y estreñimiento

Síntomas conductuales, incluye todas aquellas conductas que la persona lleva a cabo con el objetivo de perder peso como: limitación implacable de la ingesta de alimentos; entrenarse en exceso y abuso de purgantes, laxantes, enemas o diuréticos

Aspectos emocionales:

✔pánico a aumentar de peso, negación de la sensación de hambre; turbación por la comida, mentir acerca de los alimentos ingeridos y distorsión de la imagen corporal

✔irritabilidad, ansiedad, depresión, pensamientos suicidas

✔retraimiento o aislamiento social; Incapacidad para experimentar y manifestar emociones Falta interés por la relaciones sexuales

Las repercusiones obedecerán al avance de los síntomas descritos.

5. TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de este TAC se basa en corregir:

✔ la malnutrición, para ello, hay que aumentar el peso y re-educar o recuperar los hábitos alimenticios saludables

✔ejercicio físico, al inicio se restringe y se reintroduce lentamente

✔ las alteraciones psicológicas con terapias conductuales, psicoanalítica

Para curar esta patología es necesario actuar, de forma personalizada, en los siguientes espacios:

a. Detección precoz (en Atención Primaria)
b. Involucrar a la familia y al entorno del enfermo
c. Coordinación de los especialistas implicados (endocrinos, psicólogos, dietistas y pediatras)
d. Seguimiento continuo ambulatorio después del alta.

6. PREVENCIÓN

Prevención de la anorexia nerviosa es posible si se fomentan unas capacidades que nos protegen del riesgo de padecer este TCA como:

- ✔Educación dietética desde la niñez
- ✔Mejorar la autoestima, permitiendo al individuo valorarse de forma integral no sólo el aspecto físico
- ✔flexibilidad para realizar cambios en el pensamiento que faciliten la adaptación a diferentes escenarios
- ✔afrontar situaciones estresantes de forma equilibrada
- ✔Desarrollar habilidades sociales
- ✔Idear un proyecto vital que guíe las actividades.
- ✔Los centros de Atención primaria, la escuela y la familia deben conocer los síntomas para actuar a lo antes posible para mejorar el pronóstico.

7. CONCLUSIÓN

La anorexia nerviosa es una enfermedad reversible en el 70% de los casos. Para afrontar esta enfermedad, el paciente ha de reconocer su trastorno, solicitar apoyo profesional y participar junto a su familia en terapias cognitivas conductuales y nutricionales dirigidas a reemplazar los míticos estereotipos (que vinculan el atractivo físico, éxito y felicidad con una delgadez extrema) por hábitos de vida saludable representados por un nuevo icono de belleza más natural.

Es preciso unidades específicas para atender este trastorno mental, equipos interdisciplinarios asertivos para favorecer la comunicación con los adolescentes.

Asimismo, es fundamental la detección precoz (test CIMEC y EAT-40) y la sensibilización juvenil respecto a las secuelas de la anorexia nerviosa.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Carrera Guermeur O, Gutiérrez García E. Funciones ejecutivas en la anorexia nerviosa- A anorexia nerviosa: unha revisión. Cadernos de psicoloxía. 2017; 35 (1): 15-28
- Cruz J, Mestas Hernández L, Gordillo León F, Arana Martínez JM, et alt. Toma de decisiones en la anorexia nerviosa. Revista de neurología. 2010; 50 (11): 703-704

Julián R, Peláez MA, Ramírez R, de la Puente ML. Consideraciones sobre la prevalencia en España de los TCA. Aten Primaria. 2002;29:524.

- Gueroala Pejenaute E, Pejenaute Labari E. Anorexia nerviosa. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2016;23 (4) 197-207
- Jáuregui-Lobera I, Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de nutrición parenteral y enteral, 2014; 29 (3): 500-507

TEMA 39. CÁNCER COLORRECTAL. CRIBADO POBLACIONAL.

- ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ
- EVA PILOÑETA GONZÁLEZ
- HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
- VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El cáncer junto con las enfermedades cardiovasculares es la primera causa de mortalidad en la población de 35 a 65 años.

El cáncer colorrectal es uno de los cánceres más frecuentes de los países desarrollados, muchos de los casos están asociados a la edad, obesidad, sexo, sedentarismo, consumo elevado de alcohol y dietas ricas en carnes rojas, pero pobres en fibras. Sin embargo hay otro tipo de cáncer colorrectal que se asocia al origen hereditario que se denomina poliposis adenomatosa familiar, cáncer colorrectal hereditario no polipoide.

OBJETIVO

-Permite detectar la enfemedad en la fase de pólipos intestinales, de los cuáles un bajo porcentaje se transforma en carcinoma.

-Realizar la prueba de sangre oculta en heces por la técnica de test inmunoquímico.

METODOLOGÍA

Se realiza búsqueda en base de datos y páginas web para la obtención de la información como MEDINE PLUS, SCIELO, PUBMED.

Se realiza lecturas en artículos de ciencias de la salud sobre el cribado de cáncer colorrectal.

RESULTADOS

Para la detección de sangre oculta en heces se utilizan varios métodos de diagnóstico:

MÉTODO QUÍMICO: Son métodos no aptos para programas de cribado porque son muy laboriosos, poco sensibles y requieren de restricciones dietéticas.

MÉTODO INMUNOLÓGICO CUALITATIVO: Es un test rápido en casete (heces). Es muy específico, pero de interpretación subjetiva, ya que una línea coloreada en la región de la línea del test indicará un resultado positivo.

MÉTODO INMUNOQUÍMICO: Este método es el recomendado en el capítulo que nos ocupa hoy. Es muy sensible, permite la cuantificación de la hemoglobina que contiene las heces. Se basa en la utilización de anticuerpos policlonales específicos contra la hemoglobina humana unida a partículas de látex.

- Es un método el cuál está automatizado y nos permite establecer un punto de corte (20 microgramos/g heces).

CONCLUSIÓN

- Dada la importancia que tiene esta prueba se puede diagnosticar la enfermedad precozmente y esto es de vital importancia para el pronóstico de la enfermedad, ya que la mortalidad está asociada en función del estadío que esté la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Española de Gastroenterología (AEG). Disponible: http://www.aegastro.es.
- Guía de referencia de Prevención del Cáncer colorrectal. (Actualización 2009). Disponible: http://www.guiasgastro.net.
- Abraldes Belchiarelli A, Santamaría Rodríguez G, Rodríguez Ramos C. Tumores de intestino grueso. Medicine.2008; 10(7): 442-8.
- Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, Milus Palazón E, et al. Prevención de cáncer. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (Actualización 2009).

TEMA 40. RELACIÓN TECNICO ESPECIALISTA-PACIENTE.

OLAYA NAVES MUÑIZ

INDICE

- Deberes del paciente.
- Derechos del paciente
- Código ético profesional del técnico en radiología.
- Bibliografía.

DEBERES DEL PACIENTE

- El paciente tiene el deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias.
- El paciente tiene el deber de tratar con el máximo respeto al personal de las instituciones sanitarias, los otros enfermos y sus acompañantes.
- El paciente tiene el deber de solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la institución y los canales de comunicación. Debe conocer el nombre de su médico.

- El paciente tiene el deber de cuidar las instalaciones y de colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
- El paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos de tratamiento.
- El paciente tiene el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario.
- El paciente tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencias.
- El paciente tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos.

DERECHOS DEL PACIENTE

- El paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.
- El paciente tiene derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que se sea discriminado por razones de tipo social, económico, moral e ideológica.
- El paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, incluido el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias que lo hagan imprescindible.

- El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, esta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.
- El paciente tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los siguientes casos:

1. Cuando la urgencia no permita demoras
2. Cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública.
3. Cuando exista imperativo legal.
4. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.

- El paciente tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados anteriormente, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en las condiciones que se señalaron anteriormente en el apartado de deberes.
- El paciente tendrá derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre deberá conocer y que será su interlocutor válido en el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.
- El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso, esta información y las pruebas realizadas constituyen la historia clínica.

- El paciente tiene derecho a que no se le realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sino una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico de los principios básicos y normas que establece la declaración de Helsinki.
- El paciente tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos y a que la estructura de la institución proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto su intimidad.
- El paciente tiene derecho, en caso de ser hospitalizado, a que esta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. Para ello, el hospital facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible.

- El paciente tiene derecho a recibir cuanta información desees sobre los aspectos de las actividades asistenciales que afecten a sus procesos situaciones personales.
- El paciente tiene derecho a conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general para comunicarse con las administraciones de las instituciones.
- El paciente tiene derecho a causar alta voluntaria en todo momento tras firmar el documento correspondiente.
- El paciente tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. El hospital proporcionará la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales espirituales.

- El paciente tiene derecho a que las instituciones sanitarias proporcionen:

1. una asistencia técnica correcta, con personal cualificado.
2. Un aprovechamiento máximo de los medios disponibles.
3. Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

CÓDIGO ÉTICO PROFESIONAL DEL TÉCNICO EN RADIOLOGÍA

El código ético es el conjunto de normas y valores morales por el que se rigen las conductas de las personas, vamos a describir el código elaborado por la sociedad norteamericana de técnico en radiología en el año 1984:

- Principio 1. El técnico en radiología actúa de forma eficiente, mostrando unas actitudes que reflejan su responsabilidad.
- Principio 2. el técnico en radiología intenta mejorar el objetivo profesional y ofrecer un servicio a la humanidad, respetando siempre la dignidad del ser humano.

- Principio 3. El técnico en radiología presta servicios a los pacientes sin discriminación.
- Principio 4.El técnico en radiología practica la tecnología con bases científicas.
- Principio 5.El técnico en radiología ejecuta la práctica profesional con la máxima discreción y prudencia.
- Principio 6.El técnico en radiología facilita al médico radiólogo la información pertinente relacionada con el diagnóstico y el tratamiento que ha de seguir el paciente.
- Principio 7.El técnico en radiología es responsable de la protección de la salud del paciente, así como del resto de los profesionales sanitarios evitando la exposición de ambos a la radiaciones ionizantes.

- Principio 8.El técnico en radiología practica la conducta ética.
- Principio 9.El técnico en radiología respeta la confidencialidad en la práctica profesional.
- Principio 10.El técnico en radiología reconoce la formación continuada es fundamental para el mantenimiento y el avance de la profesión.

BIBLIOGRAFIA

- Libros: Manual para técnicos en radiología y medicina nuclear, SERAM, Sociedad española de radiología médica.
- Artículos de revista: elsevier.
- Página web: www.elsevier.es , www.seram.es
- Bases de datos: búsqueda sistemática en diferentes libros de radiología y páginas web relacionadas.

TEMA 41. LOS EFECTOS DE LOS PESTICIDAS EN LA SALUD.

- NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN

Los pesticidas resultan esenciales para el mundo agrícola, ya que son elementos clave para cubrir las necesidades de alimentos en la comunidad, pero son productos tóxicos y entrañan riesgos para la salud. Tienen la capacidad de matar en cuestión de la dosis, frecuencia y extensión de la exposición , por lo que la prevención y el conocimiento sobre ello es muy importante, no sólo para el medio ambiente sino también para las personas.

En este trabajo se ha querido destacar la importancia en la utilización de los pesticidas y se ha hecho gran énfasis en la prevención (protección adecuada, lectura de etiquetas sobre manipulación) tanto a nivel laboral como en el hogar.

1. INTRODUCCIÓN

Dependiendo del tipo de pesticida que produzca la intoxicación, desencadenará una sintomatología diferente y su tratamiento será específico.

La actuación principal ante una intoxicación aguda será la de mantener el ABCDE.

2. OBJETIVOS

-Definir lo que es un pesticida así como su clasificación.

-Investigar la evolución hasta nuestros días de los pesticidas.

-Conocer los riesgos sobre la salud y su actuación correcta.

3. METODOLOGÍA

Se ha procedido a realizar una investigación cualitativa sobre la revisión bibliográfica de publicaciones científicas en las bases de datos PubMed, MedlinePlus, Cochrane, Cuiden y páginas oficiales en base a nuestro estudio.

Se tuvieron en cuenta como buscadores principales las palabras clave: toxicidad, plaguicidas, insecticidas, fungicidas, organofosforados, efectos adversos y envenenamiento.

4. RESULTADOS

Podemos definir un pesticida como una sustancia o mezcla de sustancias en cualquier estado físico cuya finalidad sea la de controlar, combatir y/o prevenir plagas o enfermedades y cuyo objetivo general es proteger al hombre de organismos que afectan a su ambiente, animales y/o alimentos.

El desarrollo de los plaguicidas a través de la historia puede dividirse en tres grandes etapas: el siglo XIX con el descubrimiento de la actividad plaguicida en algunas sustancias como el azufre, cobre, arsénico, piretrinas (elemento obtenido a partir del crisantemo) y fósforo.

La segunda parte se inicia hacia el año 1922 cuando se empezaron a utilizar diferentes aceites insecticidas y los primeros aceites sintéticos.

4. RESULTADOS

La tercera etapa se inicia en 1940 con el descubrimiento de las propiedades insecticidas del dicloro-difenil-tricloroetano, conocido como DDT. A partir de esa fecha ese nuevo compuesto se utilizó para la eliminación de algunos parásitos y vectores de transmisión de enfermedades como el piojo y el mosquito.

Los pesticidas han sido utilizados principalmente en la agricultura para mejorar la calidad y la cantidad de los alimentos y en la salud pública para el control de vectores de enfermedades epidémicas como la malaria. Producen también efectos adversos como la contaminación ambiental y la intoxicación en los humanos.

Se recuerdan tres eventos masivos de intoxicación aguda por plaguicidas: el ocurrido en Chiquinquirá en 1967 cuando cerca de

4. RESULTADOS

500 personas se intoxicaron con metilparation y 63 murieron. En 1970, en Puerto López, cerca de 190 personas se intoxicaron con un organofosforado no determinado y siete murieron y en Pasto en 1977 se intoxicaron 300 personas con paration, de las cuales 15 murieron.

La realidad muestra que la cantidad de casos por envenenamiento por pesticidas son ignorados por la población y la gran mayoría no requiere ayuda en los centros asistenciales de salud. Sin embargo, es mucho más probable, que requieran atención médica.

En la actualidad, el envenenamiento por pesticidas es una enfermedad comúnmente no diagnosticada o pasada por alto.

4. RESULTADOS

La información actualizada sobre la notificación de casos de intoxicaciones por plaguicidas al sistema de vigilancia nacional puede consultarse en la página web www.ins.gov.co.

De acuerdo con la información recopilada por el centro para el Control de Envenenamiento de la Asociación Americana, Sistema de Vigilancia a la Exposición Tóxica, los pesticidas más comúnmente implicados en envenenamientos son los enumerados a continacíón: organofosforados, piretrinas, desinfectantes a base de aceite de pino, desinfectantes con hipoclorito, repelentes contra insectos, desinfectantes con fenol, entre otros.

Todos los plaguicidas no se manejan de la misma manera, ni tienen las mismas implicaciones clínicas; algunos son extremadamente tóxicos y no se dispone de un antídoto específico para su manejo.

4. RESULTADOS

Otros son de baja toxicidad y son escasos los efectos tóxicos en el organismo. Es importante comprender la implicación que tienen las intoxicaciones agudas por plaguicidas (IAP) para su identificación y manejo.

Tóxico es toda sustancia capaz de producir algún daño en la estructura o función de un organismo, afectándolo de forma local o sistémica, e intoxicación se entiende como un conjunto de alteraciones fisiológicas o anatomopatológicas producidas por la absorción de tóxicos, con diferente grado de gravedad clínica, la cual depende de diferentes variables de la sustancia y del individuo.

En nuestro país se ha presentado un aumento importante en el uso de plaguicidas por la expansión de la ganadería, la agricultura y el uso en cultivos como el algodón, el plátano, la caña o las flores entre otros , o en el control de malezas.

4. RESULTADOS

Parásitos, roedores y vectores fundamentalmente; también se ha presentado un aumento en la cantidad de casos de intoxicación, los cuales se pueden clasificar de diferentes maneras según el tipo de intoxicación, si es aguda o crónica.

Los pesticidas se pueden clasificar de muchas formas: por su función, su estructura química, su toxicidad, el tipo de exposición y su origen.

1. CLASIFICACIÓN POR SU FUNCIÓN

Están elaborados por cumplir diferentes funciones , las cuales varían según el grupo químico sobre el cual se desarrolla su estructura. Un plaguicida del grupo de los organofosforados tiene efectos sobre los insectos pero ninguna actividad sobre las plantas. Entre otros plaguicidas tenemos los siguientes tipos:

4. RESULTADOS

1.1 Insecticidas

-**Organoclorados:** endrín, aldrín, DDT, lindano, toxafeno.
-**Organofosforados:** paratión, clorpyrifos, diazinon, diclorvos, malation, dimetoato.
-**Carbamatos:** aldicarb, carbofuran, propoxur, carbaril.
-**Piretrinas y Piretroides:** resmetrina, bioresmetrina, aletrina, decametrina, permetrina.
-**Otros:** ivermectina.

1.2 Fungicidas

-**Sales de cobre:** oxicloruro de cobre y sulfato de cobre.
-**Derivados de la ftalimida:** captafol
-**Dinitrofenoles:** Dinitro-orto-cresol
-**Dithiocarbamatos:** maneb, zineb, mancozeb.

4. RESULTADOS

1.3 Herbicidas

- Bipiridilos: paraquat, diquat
- Glifosato

1.4 Rodenticidas

- **Inorgánicos:** sulfato de talio, anhídrido arsenioso, fosfuro de aluminio, fosfuro de zinc.

- **Orgánicos:** anticoagulantes , cumarinas (warfarina)

4. RESULTADOS

2. CLASIFICACIÓN POR SU ESTSRUCTURA QUÍMICA

Es la más eficaz por la orientación terapéutica en los casos de intoxicación .

- INORGÁNICOS: Oxicloruro de cobre, oxicloruro de zinc. Fabricados a partir de metales tales como cobre, plomo, arsénico.
- PLAGUICIDAS VEGETALES: Piretrinas, nicotina. Son extraídos de diversas partes vegetales.
- ORGANOSINTÉTICOS Y SINTÉTICOS: Organofosforados, organoclorados, carbamatos, ditiocarbamatos, biperidios, derivados warfarínicos) son sintetizados por el hombre en el laboratorio. Comprende un amplio grupo de sustancias.

4. RESULTADOS

- MICROORGANISMOS VIVOS: Trichoderma harzianum, paecilomyces lilacinus, metarhizium anisopliae. Son virus, bacterias y hongos utilizados en el control biológico de plagas.

3. CLASIFICACIÓN SEGÚN SU TOXICIDAD

- INTOXICACIÓN AGUDA: Cuadro clínico que se presenta en las primeras 24 horas después de la exposición a plaguicidas y cuyos signos y síntomas dependen del grupo químico al que pertenecen.
- INTOXICACIÓN CRÓNICA: Cuadro clínico que se presenta después de la exposición repetida a dosis bajas de plaguicidas por periodos de tiempo prolongados. Se requiere subdirección de vigilancia y control en salud pública, protocolo de vigilancia y control por intoxicación aguda por plaguicidas y documentar por medio de estudios

4. RESULTADOS

Epidemiológicos la relación causal entre la exposición a plaguicidas y los efectos a largo plazo sobre la salud (cancerígenos, mutagénicos, teratogénicos, entre otros.

4. CLASIFICACIÓN DE ACUERDO CON EL TIPO DE EXPOSICIÓN Y SU ORIGEN

En nuestro país la exposición a plaguicidas se puede presentar tanto por el uso en las labores agrícolas e industriales, como por su uso doméstico.

- **EXPOSICIÓN AGUDA:**
  - OCUPACIONAL: Exposición a plaguicidas durante las actividades de producción y uso (procesos laborales de formulación, almacenamiento, transporte, mezcla, aplicación y disposición final), compromete

4. RESULTADOS

Principalmente a los grupos de edad laboralmente activos (16 a 65 años de edad)

- ACCIDENTAL: Exposición a plaguicidas de manera no intencionada e inesperada, e incluye las intoxicaciones alimentarias (alimentos contaminados con plaguicidas). Puede presentarse en todos los grupos de edad y los accidentes en menores de edad son más frecuentes.
- INTENCIONAL: Exposición a plaguicidas que se produce con el propósito de causar daño; incluye los intentos de suicidio, el acto suicida y el homicidio.

- **EXPOSICIÓN CRÓNICA**
  - OCUPACIONAL: Por la exposición repetida a dosis bajas por periodos de tiempo largos en relación con procesos productivos y uso (procesos laborales de formulación, almacenamiento, transporte, mezcla, aplicación y disposición final .

4. RESULTADOS

- MEDIOAMBIENTAL: Cuando la población general se expone a plaguicidas por diferente vías o rutas de exposición (agua, aire, alimentos contaminados, aplicación domiciliaria) crónica y aguda. La exposición medioambiental puede ser secundaria a procesos laborales (agrícolas y/o pecuarios), accidentales (accidentes industriales, derrames y vertimientos en fuentes de agua, secundarios a procesos de lixiviados de plaguicidas) y de tipo intencional (desechos industriales de plaguicidas o residuos de plaguicidas vertidos en fuentes de agua o lixiviados o vertimientos en suelos).

La gravedad de las intoxicaciones depende de varios factores:

- Tipo de pesticida: Según su grupo químico o toxicidad.
- La cantidad de plaguicida suministrada/absorbida.
- Vía de ingreso: inhalatoria, oral, dérmica, ocular, ótica, parenteral, etc.

4. RESULTADOS

- Toxicidad del agente.
- Agentes diluyentes del plaguicida como solventes (gasolina, keroseno, etc).
- Factores pontenciadores del efecto (ingesta previa de alimentos, estado nutricional, consumo de alcohol u otras sustancias presentes en el organismo en el momento de la intoxicación).

La gravedad del cuadro puede ser:

- Leve: cuadro que por sus características no compromete el estado de conciencia del paciente ni pone en riesgo su vida.
- Moderada: cuadro que por sus características necesita manejo hospitalario para su control, no constituye un cuadro mortal en las horas siguientes pero sin manejo clínico adecuado puede serlo.

4. RESULTADOS

- Grave: cuadro que compromete el estado de salud de la persona y puede causarle la muerte antes de 24 horas.

La gravedad de un cuadro puede variar de acuerdo a factores individuales como la edad, estado nutricional, enfermedades de base, estado gestacional en la mujer.

El tratamiento consistirá en actuar frente a las manifestaciones clínicas (sudoración, convulsiones, dificultad respiratoria, dolor abdominal, diarrea, vómitos, cefalea, mareo, ansiedad) que se produzcan y puesta en práctica de las siguientes medidas generales:

- Descontaminación dérmica: lavar con agua y no con jabón, puesto que aumenta la absorción. Evitar contacto directo. La ropa debe ser eliminada. No se debe pasar por alto la posibilidad de que parte del pesticida se haya quedado entre

4. RESULTADOS

Las uñas o pliegues de la piel, por lo que es de gran importancia el lavado minucioso de todo el cuerpo.

También es importante la prevención, por parte de los asistentes a las víctimas. Por lo tanto, deberán evitar el contacto directo tanto con la ropa como con el vómito.

- Protección de las vías respiratorias: Lo principal, mantener las vías libres de obstrucción: de ser necesario, se succionará cualquier secreción oral utilizando la aspiración. Administración de oxígeno, si precisa. Y en caso de envenenamiento severo, hay que mantener una ventilación pulmonar durante varios días.
- Descontaminación gastrointesinal: A través del lavado gástrico, la catártasis y el carbón activado. El lavado gástrico se realiza cuando el paciente presenta síntomas dentro de los sesenta minutos después de la ingestión. Se insertará sonda de amplio calibre empleando una solución salina aspirando el fluido.

4. RESULTADOS

Si el paciente está neurológicamente incapacitado , se procederá a la protección de las vías respiratorias con una intubación endotraqueal, realizándose antes del lavado gástrico. El lavado gástrico está contraindicado en intoxicación por hidrocarbono (muy común en pesticidas).

Dentro de los catárticos más utilizados se encuentran el sorbitol y el citrato. Su función es aumentar la movilidad intestinal para poder mejorar la excreción del producto de carbono con el veneno. Existen también contraindicaciones para la utilización de catárticos entre las que se encuentran:

- Falta de sonidos intestinales.
- Cirugías o trauma abdominal.
- Perforación u obstrucción intestinal.
- Hipotensión.
- Desbalance de electrolitos
- Por ingestión de sustancia corrosiva.

4. RESULTADOS

Utilización de carbón activado: consiste en reducir la absorción del tóxico mediante la administración de carbón activado que es capaz de absorberlo. Se administra a partir de los 60 minutos de haber estado en contacto con el tóxico.

Para evitar complicaciones es muy importante avisar a la población de ello. Para ello se debe advertir que:

- Compren pesticidas autorizados con certificados.
- Leer las instrucciones.
- Identificar la plaga a controlar en cuestión, utilizando métodos específicos.
- Ventilar bien los lugares después de su aplicación.
- Evitar el contacto directo.
- Almacenarlos en un lugar seguro.
- En el caso de intoxicaciones o exposiciones prolongadas donde se presenten síntomas como mareos, cefaleas, etc

4. RESULTADOS

Trasladar a los afectados a un centro de atención médica identificando al personal sanitario el producto del que se trata.

Si se desea comprar alimentos cultivados orgánicamente, comprobar la certificación por la asociación de cultivadores orgánicos.

El contacto con pesticidas puede dañar a las personas en algunas circunstancias. La mayoría son agricultores o personas que trabajan en contacto con ellos. Es preciso la forma rápida y adecuada de actuación en aquellas zonas en las que existe riesgo. De ahí la importancia en la búsqueda de información.

El número de personas que mueren por pesticidas es bajo pero decenas de miles de personas se envenenan con ellos todos los años padeciendo síntomas mas o menos graves.

4. RESULTADOS

La mayoría son agricultores u otras personas que trabajan con pesticidas. Sobre todo personas poco entrenadas con su uso. Como en el mundo actual todos estamos expuestos diariamente al contacto y a la ingestión de pequeñísimas cantidades de estos productos, las consecuencias para la humanidad, a largo plazo, pueden ser serias.

Se habla de disminución de la fertilidad, aumento en el número de cánceres, malformaciones congénitas, etc. Aunque no hay evidencia de que esto sea así, tampoco hay completa seguridad de que el efecto a largo plazo de todo ese conjunto de sustancias que estamos poniendo en el ambiente sea totalmente inocuo. Por lo tanto, además de conocer su manipulación y sus posibles efectos adversos, es muy importante la prevención.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Piédrola G. Medicina preventiva y Salud Pública. Ed. Masson. 2001.
- Martínez Navarro F. Salud Pública. Madrid. MacGrawHill-Interamericana. 1998.
- París E, Ríos JC. Intoxicaciones: Epidemiología, clínica y tratamiento. Ediciones de la Universidad Católica. 2008.
- Efectos de los plaguicidas sobre el ambiente y la salud. Revista Cubana. HigEpidemiol. Vol 52. Nº3.
- Department of Health and Human Services Pesticidas. Medline Plus. 2017.
- Dr., Víctor Hugo Alvárez. Protocolo de vigilancia y control de intoxicaciones por plaguicidas. Instituto Nacional de Salud. 2011.
- Jorge Gutiérrez, Claudia Parra, Diana Blach. Determinación de residuos de plaguicidas en trabajadores agrícolas del municipio de Barcelona. Quindio-Colombia. Rev.Chil.Salud Pública. 2014. Vol 18(3): 263-273

TEMA 42. EL CELADOR Y LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL ENTORNO RURAL.

- MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADO
  - CARACTERÍSTICAS ACTUALES DEL ENTORNO RURAL.
  - MEDIDAS PARA PREVENIR Y ATENDER LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA Y PARA PROMOVER LA AUTONOMÍA Y LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN ENCLAVES RURALES.
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La comunidad rural viene experimentando durante los últimos años un fenómeno de sobreenvejecimiento. Dicha situación viene dada en gran parte porque la estructura demográfica de cada lugar se ve influida por el éxodo masivo de las generaciones más jóvenes de los núcleos rurales hacia las ciudades en busca de puestos de trabajo.

Este despoblamiento progresivo ha tenido como consecuencia inmediata una disminución de la población, un notable envejecimiento de la misma y una falta de recursos y oportunidades para los habitantes de estos entornos.

La realidad de nuestro mundo rural es que muchas personas se encuentran en situación de fragilidad o con problemas de dependencia, a lo que se añade una evidente escasez de servicios y ausencia de intervenciones. Todo ello comporta un riesgo manifiesto de aislamiento y una mayor dificultad de acceso a cualquier servicio.

Además, los mayores que viven en ese entorno, sienten como situación más temida la soledad y desconocen en gran medida la existencia de servicios, como pueden ser los centros de día o el servicio de estancias temporales en residencias.

Asimismo cuando acuden a su centro de salud o de referencia se sienten desubicados, algunos presentan un deterioro cognitivo y funcional evidente requiriendo atención y ayuda para orientarse en un entorno que les resulta extraño, tanto a ellos como a sus familiares o acompañantes.

El trabajo que desempeña un celador es de gran importancia en este sentido, sus principales funciones: recepción, admisión y derivación a las distintas consultas de los pacientes que acuden al centro sirve como apoyo social y emocional al paciente rural además de dar asistencia y contribuir al buen funcionamiento del servicio y de sus instalaciones.

OBJETIVOS

Exponer propuestas de intervención que conduzcan a favorecer estilos de vida más activos fomentando la participación social para evitar la discriminación de las personas mayores de nuestro medio rural y evidenciar la importancia de reforzar los servicios de atención rural con celadores.

METODOLOGÍA

Los datos han sido extraídos de libros, publicaciones, artículos, noticias, directorios online y páginas web.

Se han utilizado textos completos y han sido descartados los artículos sin autor.

Idiomas: español / inglés.

Años de acotamiento: 1990 – 2019.

Palabras clave: zona rural, atención rural, población rural, envejecimiento, personas mayores, dependencia, servicios y recursos sociales, celador.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS ACTUALES DEL ENTORNO RURAL:

El medio rural es mucho más extenso y heterogéneo que el urbano, existiendo una gran disparidad entre núcleos aislados de pocos habitantes y poblaciones cercanas a la ciudad.

La progresiva industrialización y la mejora de la comunicación entre ambos ámbitos han creado un espacio común más amplio para todos. Pese a ello, las diferencias persisten en detrimento del medio rural.

En España el Instituto Nacional de estadística (INE) define como hábitat rural a aquellas zonas donde los municipios poseen una población inferior a los 2.000 habitantes; como semiurbano o semirural, entre los 2.000 y 10.000 habitantes; y como urbano, a los municipios con más de 10.000 habitantes. En el Servicio Nacional de Salud, sin embargo, para definir centros rurales se añaden otros criterios como la dispersión geográfica, es decir, la distancia desde los diferentes núcleos que pertenecen al centro de salud hasta el municipio de cabecera. En estos centros pueden coexistir núcleos rurales con otros semiurbanos.

El hábitat rural mantiene su importancia en España, sobre todo en torno a las áreas de montaña.

En Galicia, la mayor parte del antiguo reino de León y en buena parte de los Sistemas Central e Ibérico (Ávila, Segovia y Teruel), más de la mitad de la población vive en este medio.

El litoral Cantábrico, Palencia, Burgos, Salamanca, Cáceres, Soria, Guadalajara, Cuenca y el Pirineo (Huesca y Lérida) tienen más de la tercera parte de población rural.

Por último, con al menos la quinta parte de población rural, se encuentran Albacete, Granada, Murcia, Almería, Navarra, Gerona, la Rioja y el archipiélago Canario.

Los mayores rurales no se han caracterizado precisamente por la movilidad, por eso suelen oponerse a cambiar de lugar, aunque sea para dar respuesta adecuada a su dependencia.

Esto conlleva a que tengan menor acceso a recursos socioculturales, asistenciales y de ocio, lo que produce una restricción clara de las posibilidades de participación e introduce una discriminación por razón del territorio; distanciamiento forzoso respecto al contacto con los hijos/as que emigraron a las ciudades por razones de trabajo; aislamiento relacional que llega a cristalizar en sentimientos profundos de soledad, especialmente cuando se producen pérdidas de salud o viudez en la ancianidad.

Una característica que llama la atención del núcleo rural es que suele tener aceptación el formar familias extensas en las que conviven varias generaciones; esta forma de familia es todavía importante en algunas regiones, como Cantabria, Cataluña y Galicia. En estas comunidades el porcentaje de personas mayores solas es más bajo.

Los centros sociales, los centros de día y las residencias, tal y como se han diseñado e implementado, no llegan (no pueden llegar) a los núcleos pequeños de población. Esta ausencia de servicios de soporte y ayuda provoca inseguridad e inquietud ante la expectativa o la realidad de llegar a sufrir problemas de dependencia.

Es esta inexistencia o inadecuación de la oferta formal de recursos la que origina que, de manera especial en los enclaves rurales, el peso de la atención y cuidados que precisan las personas en situación de dependencia recaiga de manera abrumadora sobre la familia.

La Organización Mundial de la Salud, en 2002, acordó el concepto de “envejecimiento activo” como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El término activo hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, y el término salud se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud.

Es por eso que el diseño de recursos de intervención social ha de contemplar actuaciones tanto de prevención y promoción de la salud, como de fomento de la participación social. De igual manera, el medio rural hace aún más relevante la necesidad de un trabajo en equipo y coordinado entre todas las profesiones que intervienen en los procesos de salud y enfermedad.

MEDIDAS PARA PREVENIR Y ATENDER LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA Y PARA PROMOVER LA AUTONOMÚA Y LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN ENCLAVES RURALES:

A. Atención a las situaciones de dependencia

- Servicios de proximidad: Transporte accesible y adaptado, préstamo de ayudas técnicas y de acompañamiento. Servicio de comidas a domicilio.
- Apoyo a familias cuidadoras: programas de formación (de familias y de profesionales), asesoramiento y grupos de ayuda.

B. Promoción del envejecimiento activo y del compromiso social

- Creación de Asociaciones y centros sociales.
- Actuaciones para prevenir la dependencia y fomentar la autonomía: charlas y coloquios (envejecimiento saludable y autocuidados), cursos de dietética y cocina, actividades de gerontogimnasia o talleres de la memoria.
- Actividades culturales y acceso a las nuevas tecnologías.
- Encuentros y dinamización social.
- Experiencias intergeneracionales.
- Voluntariado.

CONCLUSIONES

El envejecimiento y sobreenvejecimiento que se está experimentando en las zonas rurales origina que haya cada vez más personas que alcanzan una avanzada edad, y algunas de ellas se encuentran en situación de fragilidad o dependencia.

Las personas mayores sobre todo en el entrono rural, desean envejecer y vivir en casa y ser atendidos por su familia. Pero muchas veces los allegados no están disponibles por obligaciones laborales o porque viven en otro lugar. Otras veces, y la tendencia se acrecienta, no existen familiares cercanos para hacerse cargo de los cuidados.

Por otra parte, las condiciones geográficas y orográficas de determinados enclaves rurales, unido a la escasez de servicios y ausencia de intervenciones, originan, sobre todo entre las personas que comienzan a presentar dificultades psíquicas y motrices, un riesgo evidente de aislamiento, de pérdida de oportunidades, de falta de estímulos y de vulnerabilidad.

Vivir en los pueblos supone carecer de oportunidades para acceder a los servicios y una restricción clara en el ejercicio de los derechos. Lo que supone un riesgo de discriminación que afecta a un grupo importante de población, lo que plantea la urgente necesidad de intervenir para favorecer la equidad en el acceso a los servicios y compensar las dificultades contextuales.

Con las medidas expresadas se consolidan modelos válidos para la intervención social con personas mayores en los territorios rurales. Son recursos y apoyos capaces de resolver las necesidades de atención y ofrecen un conjunto de oportunidades que favorecen al paciente geriátrico.

Los celadores son parte importante de un buen engranaje sanitario en los pueblos. Atienden en primera instancia al paciente, informan, ayudan en los traslados,... pero sobre todo mantienen abierto el centro sanitario cuando el equipo médico se tiene que desplazar a atender alguna urgencia, algo común en las poblaciones rurales porque habitualmente cubren más de un municipio.

Con una figura visible del celador se produce un mayor acercamiento a los usuarios y pacientes de los centros, lo que propicia el incremento de las relaciones sociales y de las interacciones además de repercutir en la mejora del servicio médico y ofrecer una mayor agilidad de gestión.

Con todo ello se favorece la equidad de toda la ciudadanía en el acceso a los servicios, se minimizan y corrigen las discriminaciones que introduce el hábitat, y además, la inversión en recursos sociales es más eficiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. CAMARERO RIOJA, LUIS A. (1991): Tendencias recientes y evolución de la población rural en España. Política y Sociedad 1991; 8: 13-24.
2. GARCÍA SANZ, B. (1997): Envejecimiento en el mundo rural: Problemas y soluciones. IMSERSO. Colección Servicios Sociales, nº 38. Madrid.
   – (1997): <<El envejecimiento en la sociedad rural: modelos y contrastes territoriales>>. Rev. De Gerontología, vol. 7, nº 1
3. HINK, S. (2004): The lived experience of oldest-old rural adults. Qualitative health research, 14, 779-791.
4. IGLESIAS DE USEL, J. (2001): La soledad de las personas mayores. IMSERSO. Madrid.

5. MONREAL, P. Y VILÀ, A. (2008): Programa Integral de Atención a las Personas Mayores en una zona rural. Anuario de Psicología. 39, 351-370.
6. OMS, (2002): Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37 (S2): 74-105.
7. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2000): <<Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención sociosanitaria>> del Informe del Defensor del Pueblo: La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otras aspectos conexos. Madrid.
   - (2004): Envejecimiento en el mundo rural: Necesidades singulares, políticas específicas. IMSERSO. Boletín sobre el envejecimiento, nº 11. Madrid.

8. Comunidad de madrid / Acción de gobierno / Actualidad: Reforzamos los Servicios de Atención Rural con 61 celadores (2 de febrero de 2019). Disponible en: http://www.comunidad.madrid/noticias/2019/02/02/reforzamos-servicios-atencion-rural-61-celadores

TEMA 43. ESTRÉS LABORAL.

- LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.
II. CLASES DE ESTRESORES.
    i. ESTRESORES DEL AMBIENTE FÍSICO.
    ii. ESTRESORES DE LA TAREA.
    iii. ESTRESORES DE LA ORGANIZACIÓN.
III. CONCLUSIÓN.
IV. BIBLIOGRAFÍA.

I. INTRODUCCIÓN

El estrés es un fenómeno cada vez más frecuente y con consecuencias importantes, ya que puede afectar al bienestar físico y psicológico, significando un deterioro en la salud del trabajador. Es un elemento empobrecedor de la salud y la eficiencia, tanto a nivel individual como social, y actúa en gran medida en el lugar de trabajo, convirtiéndose en un aspecto principal de la seguridad y la salud laboral.

El estrés laboral suele detectarse a través de la observación de las dificultades que sufre el trabajador, las cuales pueden desembocar en quejas por su parte o problemas de salud.

Resulta evidente que es preciso estar atento a cualquier cambio en la conducta y salud del trabajador, son señales de alarma que no deben pasarse por alto para evitar que desencadenen en estrés laboral.

Por todo ello se deberá identificar el estresor para enfocar la solución del problema.

II. CLASES DE ESTRESORES

A. ESTRESORES DEL AMBIENTE FÍSICO.
- ❑ Iluminación.
- ❑ Ruido.
- ❑ Temperatura.
- ❑ Ambientes contaminados.

B. ESTRESORES RELATIVOS AL CONTENIDO DE LA TAREA.
- ❑ Carga mental.
- ❑ Control sobre la tarea.

C. ESTRESORES RELATIVOS A LA ORGANIZACIÓN.
- ❑ Conflicto y ambigüedad del rol.
- ❑ Jornada de trabajo.
- ❑ Relaciones interpersonales.
- ❑ Promoción y desarrollo de la carrera profesional.

i. ESTRESORES DEL AMBIENTE FÍSICO

LA ILUMINACIÓN

Tiene una influencia importante sobre el rendimiento, la salud y el bienestar psicológico. Una iluminación inadecuada que no permita percibir de manera correcta los estímulos visuales, además de las consecuencias negativas para la visión, puede producir otros efectos, ya que puede hacer la tarea más difícil, incluso imposible de llevarla a cabo. También puede aumentar el nivel de frustración y la tensión mientras se lucha por terminar una tarea bajo condiciones que no son las idóneas.

La luz inadecuada da como resultado un desempeño menor, una mayor cantidad de tiempo invertido para terminar la tarea y una mayor frustración.

EL RUIDO

El ruido es un estresor, principalmente cuando distrae. El ruido excesivo y/o intermitente interfiere con nuestra concentración y es fuente de frustración.

NIVEL BAJO

- Puede incidir negativamente sobre el nivel de satisfacción, la productividad y la vulnerabilidad a los accidentes y a los errores, ya que interfiere en la actividad mental provocando fatiga y dificultad de concentración.

NIVEL ALTO

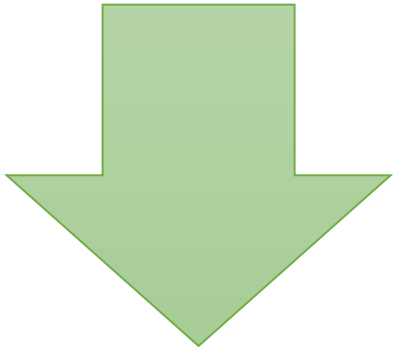
- Aísla a los trabajadores, dificultando la comunicación y enmascarando otras señales auditivas del entorno.

TEMPERATURA

Es otro estresante importante, debido a su influencia sobre el bienestar y el confort del trabajador.

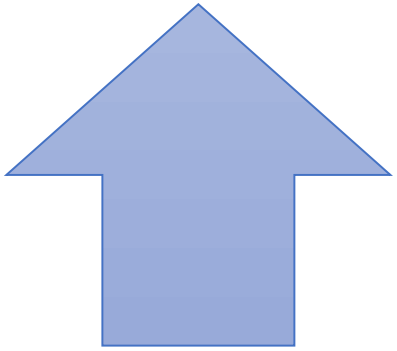
EXCESO DE CALOR:

Puede producir somnolencia, aumentando el esfuerzo para mantener la vigilancia y afectando negativamente a los trabajos que requieren discriminaciones finas y decisiones concisas



BAJA TEMPERATURA:

Disminuye la destreza manual, lo que puede ser causa de accidente y de una peor calidad del trabajo obligando al trabajador a aumentar la atención ante la probabilidad del riesgo.



AMBIENTES CONTAMINADOS

Con la evolución de los tiempos y de los trabajos, se está convirtiendo en un estresor importante.

El mayor conocimiento de los posibles efectos sobre la salud de los contaminantes, gracias al aumento de la formación y a la divulgación normativa al respecto, ha provocado, por un lado, que se tomen medidas de prevención y, por otro, que la población laboral sea más consciente de los riesgos a los que se encuentra sometida.

ii. ESTRESORES DE LA TAREA

CARGA MENTAL DE TRABAJO

Para realizar una tarea hay que llevar a cabo una actividad mental que va a venir determinada, por una parte, por la cantidad de información que debe gestionar en su puesto de trabajo, y por otra, por las características del individuo (edad, formación, experiencia, etc.).

La sobrecarga se produce cuando estamos sometidos a más exigencias de las que podemos satisfacer. La sobrecarga laboral tiene una incidencia directa sobre el hábito de fumar, el incremento de la ansiedad y la disminución de la satisfacción laboral.

- Sobrecarga cuantitativa se produce cuando se han de realizar muchas operaciones en poco tiempo.
- Sobrecarga cualitativa se refiere a unas excesivas demandas intelectuales o mentales en relación con los conocimientos y habilidades del trabajo, es decir esta sobrecarga radica en la dificultad del trabajo

El problema consiste en encontrar el nivel en que uno da su mejor rendimiento y conserva una salud adecuada.

CONTROL SOBRE LA TAREA

El control se refiere al grado en que un ambiente laboral permite al individuo controlar las actividades a realizar, y viene dado por el grado de:

- Autonomía.
- Iniciativa.
- Responsabilidad.

En la medida en que el trabajo proporcione al trabajador autonomía y responsabilidad, mayor será la probabilidad de que perciba que tiene control sobre el mismo.

La falta de control produce consecuencias psíquicas y somáticas negativas, propias del estrés.

iii. ESTRESORES DE LA ORGANIZACIÓN

CONFLICTO Y AMBIGÜEDAD DE ROL

CONFLICTO DE ROL: es la combinación de lo que espera el trabajador y la realizad de lo que le exige el trabajo.

AMBIGÜEDAD DE ROL: es la falta de claridad sobre el trabajo que se está desempeñando, los objetivos de ese trabajo y el alcance de las responsabilidades.

La incertidumbre que se produce en los estresores definidos anteriormente, es el resultado de la falta de información y puede producir efectos sobre la salud física y mental con estados de depresión, reducción de la autoestima y de la satisfacción en general.

JORNADA DE TRABAJO / PROMOCIÓN DE LA CARRERA PROFESIONAL

JORNADA DE TRABAJO

Cuando es excesiva produce desgaste físico y mental e impide que el individuo pueda hacer frente a las situaciones estresantes. El aumento de la cantidad de tiempo dedicado al trabajo normalmente esta vinculado a la disminución del tiempo del ocio y el descanso.

PROMOCIÓN DE LA CARRERA PROFESIONAL

El desequilibrio entre, las aspiraciones del individuo sobre su carrera profesional y el nivel real de sus logros se puede convertir en fuente de preocupación, ansiedad y frustración.

RELACIONES INTERPERSONALES Y GRUPALES

Generalmente son valoradas positivamente, pero también pueden llegar a convertirse en un estresor importante.

Las malas relaciones entre los miembros del grupo de trabajo, con los superiores, con los compañeros, con los subordinados; la falta de cohesión del grupo, las presiones el clima del equipo de trabajo, así como la reducción de los contactos sociales y el aislamiento en el puesto, pueden producir elevados niveles de tensión y estrés.

III. CONCLUSIÓN

Algunas veces nos podemos encontrar que en unas mismas condiciones unos individuos desarrollan unos niveles de estrés y otros no. Esto es debido a que diferentes individuos tienen distinta capacidad de adaptación en función de diversos factores personales.

Se plantea, por lo tanto, la necesidad de una intervención para atajar esta situación. Esta puede dirigirse a modificar ciertos aspectos de organización del trabajo, gracias a la identificación del estresor causante o fomentar la capacidad de adaptación del individuo.

IV. BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- **I.N.S.H.T: "Estrés Laboral":** María Ángeles del Hoyo Delgado.
- **NTP 349: Prevención de estrés: intervención sobre el individuo**

Artículo de revistas:

- **MC MUTUAL 2008: "Stop al estrés: como gestionar el estrés laboral"**

TEMA 44. LAVADO DE MANOS.

- ALEJANDRA ROZADA GARCIA

ÍNDICE

.DEFINICIÓN
.CLASES DE LAVADOS
. OBJETIVOS
.QUE PREVIENE

DEFINICIÓN

La higiene de manos es el término general que se aplica a cualquier lavado de manos , lavado antiséptico de manos, antisepsia de manos por método mecánico, químico y físico de tipo clínico y quirúrgico , que se realiza en los centros sanitarios para prevenir las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (1).El lavado de manos lo podemos definir también como la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas , seguida de un aclarado con agua abundante , con el fin de eliminar la suciedad , materia orgánica…(2).

El lavado de manos es la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con agua abundante, con el fin de eliminar la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente, y así evitar la transmisión de estos microorganismos de persona a persona.

El uso de soluciones alcohólicas para el lavado de manos constituye una alternativa a tener seriamente en cuenta en la higiene de las manos en la actualidad (más desarrollo en otro capítulo).

Flora residente: también llamada colonizante. Son microorganismos que se encuentran habitualmente en la piel. No se eliminan fácilmente por fricción mecánica.

Flora transitoria: también llamada contaminante o "no colonizante". Son microorganismos que contaminan la piel, no encontrándose habitualmente en ella. Su importancia radica en la facilidad con la que se transmiten, siendo el origen de la mayoría de las infecciones nosocomiales.

CLASES DE LAVADOS

Podemos diferenciar tres clases de lavado de manos : domestico , lavado de higiene personal de practica común , independiente del contacto con el enfermo. Clínico : es el que se realiza antes y después de la atención a cada paciente . Quirúrgico : se realiza antes de un procedimiento que involucra manipular material estéril que penetra en tejidos, sistema vascular o cavidades normalmente estéril(3).

Técnica lavado de rutina higiénico:

- Humedecer las manos con agua corriente, preferiblemente templada.
- Aplicar jabón líquido con dosificador.
- Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 minutos.
- Aclarar con abundante agua corriente.
- Secar las manos con toallas de papel.
- Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado (los lavabos con sistema de cierre de codo o de pedal ahorran este paso; los de célula fotoeléctrica, además, determinan un importante ahorro de agua).

Indicaciones:

- Antes y después del contacto con cada paciente.
- Entre dos procedimientos en el mismo paciente si hay sospecha de contaminación de las manos.
- Después del contacto con alguna fuente de microorganismos (sustancias y fluidos corporales, mucosas piel no intacta...) y objetos contaminados con suciedad.
- Después de quitarse los guantes.

OBJETIVOS

1. Disminuir el número de microorganismos en las manos
2. Disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos a los pacientes
3. Disminuir el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes
4. Disminuir el riesgo de infección entre trabajadores sanitarios
5. Disminuir el riesgo de transmisión de infección a uno mismo

QUE PREVIENE

Si enseñamos a los niños a lavarse las manos adecuadamente podemos prevenir estas comunes enfermedades: Molluscum contagiosum , neumonía errante , infección por estreptococos,conjuntivitis , hepatitis A…es decir, una buena higiene de manos evita a prevenir la mayoría de las enfermedades. Si por casualidad estuviéramos en contacto con algún agente contagioso , la limpieza adecuada de nuestras manos podría evitar que enfermemos y que al mismo tiempo podamos enfermar a otras personas (4).

DURACIÓN

Es necesario que la realicen los pacientes, sus familias y los visitantes que les atienden, además de habitualmente aunque no te encuentres con una persona enferma. Para el lavado la duración de la frotación de las manos con agua y jabón debe de ser de 15 segundos mas el tiempo necesario para el enjuagado y posterior secado(5).

BIBLIOGRAFÍA

Paginas web :

https://es.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_web(1)y(3)

https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/higiene-manos (2)

https://eresmama.com/(4)

https://www.seguridaddelpaciente.es(5)

TEMA 45. EL ALZEHIMER.

- FRANCISCA MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ
- SHEILA SUAREZ SANGUINO
- CRISTINA VEGA GARCIA
- CARMENMARIA LOPEZ FERNANDEZ
- MOUNA LHARTI LHARTI

INDICE

- -INTODUCCIÓN
- -CUADRO CLÍNICO
- -DIAGNOSTICO
- -TRATAMIENTO
- PREVENCIÓN
- -BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del Parkisón también es conocida como mal de Parkisón, Parkinsonismo idiopático o parálisis agitante. Esta es una enfermedad neurodegenerativa y crónica caracterizada por movimientos lentos (bradicinesia), temblor, rigidez y pérdida del control muscular.

Tiene una serie de desencadenantes en las alteraciones cognitivas, depresión, dolor y en las funciones del sistema nervioso autónomo que se ven alteradas.

Con el tiempo esta enfermedad se va haciendo más severa. Se desconoce la causa aunque todo parece indicar que se produce por una combinación de factores que pueden ser: genéticos, daño oxidativo, el proceso normal de envejecimiento y un factor que parece fundamental como la conexión intestino-cerebro.

- Esta enfermedad se caracteriza por la degeneración o pérdida de neuronas dopaminérgicas en la sustancia negra y a su vez la formación de cuerpos de Levvy en las mismas.
- El Parkinsón aunque es crónica no es mortal, y la esperanza de vida de los pacientes y su calidad de vida ha mejorado mucho gracias al tratamiento con Levodopa.

CUADRO CLÍNICO

- Lo más importante es identificar los síntomas tempranos para poder detener el avance de la enfermedad, se puede observar que el sentido del olfato está dañado, diferentes estados de ánimo con episodios de ligeras depresiones, estreñimiento, y lo màs característico es la perturbación del sueño paradogíco (en estado normal inmóvil), incluso pueden llegar a gritar y golpearse (sueño REM).
- La enfermedad se puede manifestar de dos maneras:
- Manifestaciones motoras
- Manifestaciones no motoras

- Manifestaciones motores:
- -Alteración en la motricidad fina
- -Hipofonia
- -Rigidez muscular
- -Inestabilidad muscular
- -Micrografía (la letra se hace mas pequeña e ilegible)
- -Fenómeno de la rueda dentada
- -Temblor en reposo (aunque suele disminuir realizando alguna actividad)

- Manifestaciones no motoras
- -Apatía
- -Alteración sensorial del dolor
- -Alteraciones cognitivas
- -Trastornos de la función automática
- -Trastornos del sueño

DIAGNOSTICO

- El diagnostico está basado en las tres características principales:
- -rigidez
- -temblor
- -bradicinesia
- El diagnostico es complejo en los primeros estadios de la enfermedad, esto da lugar a confusiones y a que a veces se pueda atribuir a otros trastornos.
- No hay pruebas de radiodiagnóstico ni de laboratorio que nos ayuden a diagnosticar la enfermedad. También hay algunos estudios genéticos que pueden detectar mutaciones en algunos genes (SPARK), aunque no determinan necesariamente que se vaya a tener la enfermedad y sobre todo están dirigidos a familias con gran incidencia de esta enfermedad.

- Son frecuentes también la realización de estudios analíticos con el fin de descartar hipotiroidismo, disfunción hepática u otras patológicas autoinmunes.
- Los especialista suelen entrevistarse con los pacientes para descubrir si han consumido estupefacientes, han estado expuesto a virus o toxinas que pueden dar lugar a un factor especifico que provoque un parkinsonismo.
- También es muy importante durante un determinado periodo de tiempo observar la actividad muscular del paciente, porque con el avance de la enfermedad los trastornos motores son más evidentes.
- Otro indicativo diagnostico es aplicar una terapia farmacológica con la Levodopa, si responde a ella será considerada la prueba positiva y si no hay respuesta se considera negativa, entonces tendrán que realizar otra serie de pruebas para descartar otras enfermedades.

1 TRATAMIENTO

- Los tratamientos para la enfermedad del Parkinson pretenden mejorar y prolongar la funcionalidad del cerebro durante el mayor tiempo posible.
- El tratamiento puede ser de tres tipos;
- -1 Farmacológico
- -2 Quirúrgico
- -3 Rehabilitación

- Farmacologíco
- -1 a _Dopamina
- Uno de los síntoma mas característicos de la enfermedad es la falta de dopamina en el cerebro, pero suministrar este neurotransmisor al paciente no resulta eficaz porque la dopamina no puede pasar del torrente sanguíneo al cerebro.
- -1 b _ Levodopa
- La estructura de este fármaco permite que penetre en el cerebro donde se sobreviene la tranformación de la dopamina. Con este fármaco el 80% de los paciente mejora sobre la rigidez y el 20% recupera por completo la función motora.B
- 1 c _ Bromocriptina
- Su acción se prolonga más en el tiempo que la Levodopa, se esperaba que fuera efectivo en pacientes que dejaran de responder a la Levodopa pero esto esta aún por confirmar. Sus efectos secundarios son nauseas y vómitos, aunque también pueden presentar otros tales como: congestión nasal, cefalea, visión borrosa, arritmias.

- 1 d _ Selegilina
- Es un inhibidor del sistema nervioso central que tienen dopamina que consigue proteger a esta de la degeneración intraneuronal, y en un principio se utilizaba como complemento de la Levodopa.
- Tiene un efecto neuroprotector retrasando asi el progreso de la enfermedad.
- 1 e _ Amantadina
- Incrementa la liberación de dopamina, inhibe la acción del glutomato (que es una sustancia cerebral que provoca la generación de radicales libres).
- No es tan eficaz como la Levodopa pero sus efectos secundarios son similares aunque menos importantes.
- Se utiliza en conjunto con la Levodopa para controlar los trastornos motores especialmente la discinesia y prolongar la utilidad de la Levodopa.

- 1 f _ Estimulación transcraneana
- TACS_--- mediante la colocación de dos electrodos uno en la base del cuello y otro en la cabeza, y mediante pequeñas corrientes con los temblores se anula así la señal del cerebro, de manera que se cancele y suprimir así el temblor físico.
- Estimulación magnética transcraneana_---- es una técnica basada en la estimulación del cerebro mediante pulsos magnéticos, con esta técnica se mejora la función de las extremidades superiores a corto plazo y a largo y corto plazo la marcha y los síntomas motores generales.

2 QUIRÚRGICO

- Con el tratamiento de la Levodopa se vieron reducidas las intervenciones quirúrgicas, pero el avance tecnológico ha permitido mejorar la precisión quirúrgica y este método se utiliza en personas que ya no responden a los fármacos.
- La cirugía se divid*e en dos grandes grupos:*
- *-la estimulación cerebral lesional*
- *-la estimulación cerebral profunda (esta se trata de la implantación de un marcapasos cerebral que envía impulsos específicos al cerebro).*
- *Este tratamiento invasivo esta especialmente indicado para personas con fluctuaciones motoras o temblor no controlado con fármacos o que sean intolerantes a las medicaciones.*
- *Esta técnica no se puede realizar con pacientes que tengan problemas neuropsiquiátricos.*

3 REHABILITADOR

- Se utilizan terapias complementarias tales como:
- -Fisioterapia
- -Terapia ocupacional
- -Hidroterapia
- -Masajes
- -Logopeda (muy importante para corregir la disfagia, la hipofonia, la micrografía ….
- Todo esto esta destinado a que el paciente mantenga una vida activa y pueda tener un mayor autocontrol de sus funciones motoras

PREVENCIÓN

Hoy en día no hay ninguna base científica que nos confirme que se puede prevenir la aparición del Parkinson, aún siendo una de las enfermedades con mayor incidencia, estando al lado del cáncer y el Alzheimer.

De todos modos algunos estudios hablan que el consumo de ciertos alimentos como son:

-los ricos en vitamina C; como naranja o kiwi

-los que contengan vitamina E; cacahuetes, almendras…

-alimentos con omega 3; porque reducen la inflamación del cerebro

Y la práctica de ejercicio físico moderado como caminar, pilares, estiramientos….

O el consumo de ciertas infusiones como tisanas, té, valeriana….

Nos podrán ayudar a la no aparición de la enfermedad.

También es muy importante la vigilancia de las personas con depresión ya que son pacientes mas sensibles a convertirse en parkinsonianos.

BIBLIOGRAFÍA

- García Ruíz-Espiga, PJ, Martinez Castillo, JC Guias oficiales de la Sociedad Española de Neurología N9. Barcelona: Sociedad Española de Neurología. 2009
- Chacón JR, concepto de enfermedad de Parkisón. Enfermedad multisistémica ¿todos los núcleos son iguales?. Rev Neurol 2010 ; 50 (supl 4): S2-S3
- Alonso Cánovas Agonistas dopaminérgicos en la enfermedad de Parkinson, Neurología 2011
- Revistas digitales tales como: Scielo, Cuidem, Elserviver

TEMA 46. USO DE GUANTES SANITARIOS.

- **SARA MARÍN ARRIAZU**

ÍNDICE

- ¿POR QUÉ USAR GUANTES?
- ¿CUANDO USAR LOS GUANTES?
- SITUACIONES EN LAS QUE NO ES NECESARIO EL USO DE GUANTES
- CUÁNDO CAMBIAR LOS GUANTES
- FUNCIONES DE LOS GUANTES
- EMPLEO DEL DOBLE GUANTE
- TIPOS DE GUANTES
- EFECTOS ADVERSOS POR EL USO DE GUANTES
- LAVADO DE MANOS
- NORMATIVA
- BIBLIOGRAFÍA

¿POR QUÉ USAR GUANTES?

- Minimizar el riesgo de exposición a sustancias químicas y agentes biológicos (incluyendo los potencialmente infecciosos como sangre, secreciones, membranas mucosas, fluidos corporales y piel no intacta de los pacientes) tanto para trabajadores como pacientes
- Disminuir el riesgo de infección cruzada entre el paciente y el personal sanitario, asegurando de esta forma la seguridad del paciente; así como imposibilitar la contaminación entre pacientes

¿CUANDO USAR LOS GUANTES? (I)

- Procedimientos en donde se contacte con sangre, tejidos y fluidos biológicos
- Manejo de objetos, materiales o superficies contaminados con sangre o fluidos biológico
- Técnicas que involucren la penetración quirúrgica en tejidos, órganos o cavidades
- Contacto con mucosas o piel no íntegra del paciente
- Si el personal sanitario tiene lesiones en la piel
- Manejo de lencería sucia
- Obtención de muestra de sangre, canalización de catéteres aspiración o intubación
- Situación de aislamiento de contacto

¿CUANDO USAR LOS GUANTES? (II)

- Manipulación de agentes citostáticos y otros fármacos peligrosos
- Administración de medicación por vía: intravenosa, intramuscular, intraósea y endotraqueal
- Procedimientos con técnica estéril
- Tareas que supongan trabajar bajo el haz de radiación ionizante
- Manejo de productos químicos

SITUACIONES EN LAS QUE NO ES NECESARIO EL USO DE GUANTES

- Reparto y recogida de la bandeja de comida
- Ajustar fluidoterapia
- Cambiar goteros
- Cambiar la ropa de cama si no está manchada con fluidos corporales
- Toma de constantes y otras exploraciones complementarias, si piel íntegra
- Realización de electrocardiograma
- Administrar medicación vía oral
- Tratamiento de fisioterapia sobre piel íntegra
- Traslado de pacientes

CUÁNDO CAMBIAR LOS GUANTES

- En un mismo paciente, entre distintas acciones y procedimientos
- Después de estar en contacto con material contaminado
- Entre pacientes
- Cuando se rompa los guantes y/o se produzcan salpicaduras, con previo lavado de manos antes de ponerse el recambio

Se recomienda una frecuencia de cambio de 15-30 min., respetando siempre las situaciones anteriores.

FUNCIONES DE LOS GUANTES

- Como EPI (Equipo de Protección Individual), proteger al personal sanitario de un riesgo para su salud viniendo éste de la exposición a agentes químicos y/o biológicos
- Proteger al paciente de una posible transmisión de agentes biológicos transportados por el personal sanitario
- Ser apto para la técnica sanitaria que va a realizarse

EMPLEO DEL DOBLE GUANTE

Importante emplear doble guante o guantes de doble grosor (0,45 mm en dedos y 0,27 mm en la palma de la mano) para:

- Limpieza de superficies y/o materiales que contengan residuos citostáticos o medicamentos con efecto mutagénico y cancerígeno
- Estar expuestos a derrames de agentes químicos, sobre todo a citostáticos y medicamentos con efecto mutagénico y cancerígeno
- Para reconstituir y/o administrar medicamentos tópicos encuadrados en el epígrafe de “medicamentos peligrosos”

TIPOS DE GUANTES (I)

En función del tipo de material:

- Vinilo
- Nitrilo
- Látex
- Guantes sintéticos

En función del uso (el espesor determina la calidad):

- De examen/tratamiento
  - Estériles o no estériles
  - Ambidiestros
- Quirúrgicos
  - Estériles
  - Anatómicos, diferenciándose mano derecha de izquierda

TIPOS DE GUANTES (II)

Criterios de empleo de guantes según características.

GUANTE NO ESTÉRIL

- Nitrilo:
  - Actividades con riesgo medio o alto de contacto con líquidos biológico potencialmente infectados (sangre, semen, secreciones vaginales, LCR, líquidos pleural, sinovial…)
  - Actividades con riesgo de contacto con agentes químicos peligrosos diluidos en bajas concentraciones
  - Limpieza con alto impacto mecánico sobre el guante

TIPOS DE GUANTES (III)

- Vinilo:
  - Actividades con riesgo bajo de contacto con líquidos biológico potencialmente infectados
  - Manejo de orina, heces, vómitos, esputos, saliva, sudor y lágrimas excepto si se observa sangre o restos de citostáticos
- Sintéticos de alta resistencia química:
  - Riesgo de contacto con agentes químicos peligrosos
  - Para la preparación de citostáticos, colocarlo debajo del guante estéril

TIPOS DE GUANTES (IV)

GUANTE ESTÉRIL

- Látex:
  - Quirúrgico (con o sin polvo)
    - Técnica aséptica con riesgo alto de contacto con líquidos biológicos potencialmente infectados
  - Curas
    - Técnica aséptica con riesgo medio o bajo de contacto con líquidos biológicos potencialmente infectados
- Material sintético:
  - Quirúrgico
    - Mismo uso que el látex quirúrgico estéril pero para alérgicos al látex o a algunos de sus aditivos

TIPOS DE GUANTES (V)

- Nitrilo:
  - Curas
    - Mismo uso que el látex quirúrgico estéril de curas pero para alérgicos al látex o a algunos de sus aditivos

- EL GUANTE QUIRÚRGICO ESTÉRIL PUEDE UTILIZARSE PARA TODAS LAS TAREAS ESTABLECIDAS AL GUANTE DE CURAS ESTÉRIL -

EFECTOS ADVERSOS POR EL USO DE GUANTES (I)

Podría decirse, que los más frecuentes son:

- Dermatitis de contacto irritativa
  - La más frecuente
  - Aparición de zonas irritadas en la piel, sobre todo en manos
  - Multifactorial: repetido lavado de manos, no realizar adecuadamente el secado e hidratación postlavado…
- Dermatitis alérgica de contacto o alergia química al látex
  - Hipersensibilidad retardada (aparece días posteriores al contacto con el alergeno y desaparece tras días sin estar en contacto)
  - Causada por: sustancias químicas utilizadas para fabricar los guantes y en la constitución del polvo empleado para facilitar la colocación de éstos

EFECTOS ADVERSOS POR EL USO DE GUANTES (II)

- Hipersensibilidad inmediata
  - Producida por las proteínas del látex
  - Reacción inmune, mediada por Ig E, que aparece minutos después de estar en contacto con dichas proteínas
  - Caracterizada por picor, enrojecimiento y habones en el área de contacto
  - Se puede producir rinitis y asma por la inhalación de partículas de látex

Con el uso de guantes sintéticos de nitrilo, neopreno o vinilo se consigue una prevención primaria de la alergia al látex. La prevalencia de ésta se estima que está en el 1% de la población.

LAVADO DE MANOS

- Tener siempre en cuenta que usar guantes no sustituye el lavado de manos
- Aunque se hayan empleado guantes lavarse las manos antes y después de atender al paciente
- Existen diversos tipos:
  - Antiséptico o asistencial
    - Medida más importante para el control de las infecciones en el medio sanitario
  - Rutinario o higiénico
    - Medida básica de protección del trabajador sanitario
    - Realizar siempre después de la retirada de los guantes
  - Quirúrgico
    - Antes de enguantarse para cirugías

NORMATIVA

El uso de guantes está regulado por diversas normativas, entre ellas se encuentran:

- REAL DECRETO (R.D.) 1591/2009, de 16 de octubre. Regulación de productos sanitarios.
- REAL DECRETO 1407/1992, de 20 de noviembre. Regulación de condiciones para la comercialización y libre circulación intracomunitaria de los equipos de protección individual.

Además, regido también por varias normas europeas.

BIBLIOGRAFÍA (I)

- L Manzón et al. Gestion de guantes sanita-rios. Proteccion adecuada del profesional, coste-efectividad y responsa-bilidad ambiental. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2018; 27: 175-181
- Utilización de equipos de protección individual. Guía de uso de guantes en trabajadores sanitarios. [Internet]. Murcia: Servicio Prevención de Riesgos Laborales. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: http://www.ffis.es/ups/prl/folleto_guia__guantes.pdf
- Guía-Manual: Uso adecuado de los guantes sanitarios. [Internet]. País Vasco: Grupo Técnico de Enfermería de Compra Centralizada. Osakidetza; 2017 [citado 16 sep 2019]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/primaria/Uso_adecuado_guantes_sanitarios.pdf

BIBLIOGRAFÍA (II)

- Criterios de utilización de guantes de protección de un solo uso. [Internet]. Navarra: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Servicio Navarro de Salud; 2009 [citado 16 sep 2019]. Disponible en: http://intranetsns-o/C7/prevencionrrll/Documentacion/Normas%20de%20Prevenci%C3%B3n%20Generales/criterios%20uso%20de%20guantes%20definitivo.pdf

TEMA 47. EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. HPV.

- VANESSA RODRÍGUEZ GARCÍA
- HÉCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ
- EVA PILOÑETA GONZÁLEZ
- ALMUDENA SUERO ÁLVAREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano es el principal causante del cáncer del cuello uterino. En la actualidad el índice de positivos sigue alarmando ya que es muy frecuente entre la población femenina, aunque también afecta a la población masculina.

El HPV es una enfermedad relacionada con la actividad sexual, por lo que constituye un importante factor de riesgo a padecer este tipo de virus.

Los HPV comprenden un grupo de virus no envuelto de ADN pequeño de la familia de los Papillomaviridae que normalmente infecta la piel y las mucosas produciendo verrugas y papilomas genitales.

Hay varios tipos de HPV, dependiendo de que tipo sea representa bajo riesgo como son el HPV 6 y el HPV 11 o de alto riesgo que son el HPV 16 y el HPV 18 que tienen gran potencial carcinógeno.

OBJETIVO

Diagnosticar el virus del papiloma humano y saber que tipo es para poder actuar en consecuencia, según su alto o bajo riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó búsqueda en páginas web como SCIELO y MEDINE PLUS.
Se recogió información de bases de datos como SCOPUS y PUBMED.
Se leyeron artículos en revistas de ciencas de la salud.

RESULTADOS

- Para el diagnóstico del HPV en el laboratorio se utiliza la biología molecular, que permite la detección de ADN del virus del papiloma humano con elevada sensibilidad y especificidad.
- Esta técnica se realiza a través de la PCR a tiempo real.
- La PCR a tiempo real es un proceso muy complejo cuyo propósito es obtener un gran número de copias de una región específica del ADN. Sus principales pasos son:
- -DESNATURALIZACIÓN
- -HIBRIDACIÓN
- -EXTENSION O ELONGACIÓN.

- La principal ventaja de la prueba del HPV:
- 1- Tiene un valor predictivo negativo muy alto, es decir, que si sale negativo se descarta la enfermedad en ese momento.
- 2- Es muy sensible y tiene la comodidad de estar automatizado.

CONCLUSIÓN

- Debido a la sensibilidad de la técnica del HPV es de gran utilidad para hacer programas de cribado, ya que todavía se sigue utilizando mayoritariamente la citología, pero cada vez hay más comunidades autónomas que incluyen HPV como prueba inicial.

BIBLIOGRAFÍA

- Howley P, Schlegel R: The human papillomavirus. Am J Med 1988; 85(Suppl 2A): 155-8.
- Beutner K, Tyring S: Human papillomavirus and human disease. Am J Med 1997; 102(5A): 9-15.
- Muñoz N: Human papillomavirus and cáncer: the epidemiological evidence. J Clin Virol 2000; 19: 1-5.

TEMA 48. SALUD SOCIAL: VIGOREXIA.

- GEMA MARIA BERNAL ALONSO
- ANABEL DÍAZ MARTINEZ
- MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ UNZUA

ÍNDICE

DEFINICIÓN
SINTOMAS
CAUSAS
DIAGNOSTICO
TRATAMIENTO
COMPLICACIONES
PREVENCION
BIBLIOGRAFIA

DEFINICIÓN

La vigorexia es un trastorno de la percepción de la figura y valoración corporal que consiste en una preocupación exagerada por algún defecto inexistente en la apariencia física, o bien en una valoración desproporcionada de posibles anomalías físicas que pudiera presentar un individuo aparentemente normal. Implica el efecto contrario que la anorexia, por lo que también se llama anorexia inversa y dismorfia muscular. Se relaciona con el trastorno obsesivo compulsivo. El afectado percibe una imagen distorsionada de sí mismo cuando en realidad son normales y desarrollan conductas compensatorias desadaptativas, como restricciones dietéticas, ejercicio excesivo y abuso de sustancias como los esteroides anabolizantes.

SÍNTOMAS

El síntoma principal es que el paciente elabora un programa de entrenamiento de intensidad constante y gran dureza. Ejercicios para aumentar el tono muscular. Presentan un cuerpo desproporcionado.

Este estilo de vida se convierte en su obsesión llegando al abandono del trabajo o de las relaciones sociales. Se aíslan.

Tienen baja autoestima y nivel alto de autoexigencia

Tienen tendencia a mirarse en el espejo frecuentemente

Tienen una imagen totalmente distorsionada del propio cuerpo

Reflejan gran preocupación por su dieta, buscan un cuerpo escultural y eliminar toda la grasa. Se pesan diariamente.

Sensación de fatiga

Tendencia a la automedicación, es posible que consuma drogas (anabólicos y esteroides) para estimular el desarrollo muscular

CAUSAS

Personalidad obsesiva consigo misma. Problemas emocionales y profesionales. Personas que han sufrido acoso escolar o bullying por su aspecto físico durante la infancia.

Los problemas fisiológicos están asociados a trastornos en las hormonas y los mediadores de la transmisión nerviosa del sistema nervioso central.

Si el trastorno aparece vinculado a la relación del paciente con su entorno, se encuentran implicados factores sociales, culturales y educativos.

Obsesiones e insatisfacción con la propia imagen corporal. La comparación de sus características físicas con las de otras personas de su entorno o de revistas, publicidad aumenta la ansiedad porque no solo subestiman su atractivo, sino que sobreestiman el de los demás.

DIAGNOSTICO

La evaluación clínica inicial incluye una historia general y psiquiátrica y una exploración física. Existen instrumentos de detección del trastorno como el cuestionario del Complejo de Adonis, con cuestiones sobre la frecuencia con que realiza ejercicio y su intensidad entre otras.

Con un análisis de sangre se puede determinar si el paciente consume hormonas, anabolizantes esteroides o suplementos alimenticios relacionados con este trastorno. Averiguar si sigue una dieta alimenticia saludable.

Determinar si padece defectos corporales reales.

En la evaluación psiquiátrica determinar si padece preocupación obsesiva compulsiva por su apariencia física, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia o depresión, miedo a la evaluación negativa de su apariencia.

TRATAMIENTO

El tratamiento es parecido al empleado para combatir cualquier adicción. Lo primero es que los afectados reconozcan su problema Hay que usar la psicoterapia, y preparar un programa de nutrición y farmacológico . (un tratamiento multidisciplinario), centrado sobre todo en terapias cognitivo-conductuales, destinadas a modificar la autoestima, la imagen corporal que tiene de si mismo, y conductas como pesarse a menudo , entrenar demasiado…

Es fundamental el apoyo de sus seres queridos. Intentar que se vuelvan a sentir incluidos en la sociedad y adquieran nuevos hábitos y aficiones. Reducir su obsesión por el cuerpo.

Es una afección que puede cronificarse y dar lugar a síndromes mas complejos, de manera que ya no se habla de recuperación, sino de control del trastorno y de evitar las recaídas.

COMPLICACIONES

Numerosos problemas orgánicos y lesiones pueden aparecer cuando la práctica deportiva es excesiva como desgarros y esquinces. Las desproporciones entre las partes corporales son muy frecuentes.

La dieta rica en proteína y carbohidratos y baja en grasa , favorece los trastornos metabólicos. Si añades a esta dieta esteroides, ocasionan cambios de humor repentinos, irritabilidad o depresión.

El consumo de anabólicos produce muchos trastornos en el organismo como masculinización e irregularidades del ciclo menstrual en mujeres, acné, problemas cardíacos, atrofia testicular, disminución de producción de espermatozoides y retención de líquidos, lesiones hepáticas o renales. .

La dependencia al ejercicio físico elude el trabajo, familia o amigos. Las relaciones se van a ver mermadas.

PREVENCIÓN

Realizarse exámenes físicos que determinen el estado de salud, además de las necesidades y capacidades del individuo . Establecer ejercicios que se adecúen al nivel físico del afectado, no realizar sobreesfuerzos. Detener el ejercicio si tiene fatiga o dolor muscular, se recomienda un entrenador profesional. Reducir progresivamente las horas de entrenamiento sustituyendolas por otras actividades.

Evitar los pensamientos negativos acerca de su estado físico ya que pueden convertirse en obsesión.

Solicitar ayuda si se empieza a convertir en un problema que interfiere las relaciones interpersonales y su bienestar emocional.

Cuando el entorno reconozca los síntomas, intervenir cuanto antes para ayudarle

BIBLIOGRAFÍA

•Vigorexia: Síntomas, tratamientos y definicion- cuidate plus – marca [actualizado 1 marzo 2016] Disponible en: https://cuidateplus.marca.com>vigorexia

•Vigorexia: las consecuecias de sufrir adicción al ejercicio físico I CuídatePlus [actualizado 1 marzo 2017] Disponible en https:///cuidateplus.marca.com

•Vigorexia , qué es, y causas- Webconsultas [actualizado 25 julio 2019] Disponible en: https://www.webconsultas.com>

•Vigorexia o la obsesión por el músculo: una práctica creciente I Faros HSJBCN [actualizado 29 abril 2019] Disponible en https://faros.hsjdbcn.rog>articulo

• La vigorexia o el complejo de Adonis- Web de Portalfarma [actualizado 5 julio 2017] Disponible en : https://www.portalfarma.com>

TEMA 49. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA Y COMORBILIDADES ASOCIADAS A LA MISMA.

- MARÍA FLORES GÓMEZ
- GERMÁN DOMÍNGUEZ VÍAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODOS
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA; en inglés Amyotrophic Lateral Sclerosis -ALS-) es una de las enfermedades de la motoneurona (MN) que afecta a la corteza cerebral, basal, tronco encefálico y médula espinal, provocando una neurodegeneración progresiva de las células encargadas de los movimientos voluntarios (musculoesqueléticos). Fue descrita por primera vez por Charcot, neurólogo y patólogo francés en 1869 (1). Se le conoce también como la enfermedad de Lou Gehrig, jugador de béisbol estadounidense quien padeció la enfermedad en pleno apogeo de su actividad deportiva, o enfermedad de las motoneuronas (MNs) altas (superiores) y bajas (inferiores), que son el tipo de neuronas afectadas por esta enfermedad.

Como resultado final da origen a un progresivo debilitamiento muscular, provocado por el deterioro de las MNs del encéfalo y de la médula, que reducen su tamaño y dejan de cumplir su función de llevar a cabo la transmisión del impulso nervioso al músculo, causando la atrofia de los músculos encargados del movimiento consciente, incluidos los músculos torácicos de la respiración (diafragma, intercostales, accesorios de la inspiración), siendo estos últimos la causa final de la muerte, a consecuencia de la hipoventilación, la acidosis respiratoria y el paro cardíaco (2).

La ELA es considerada una enfermedad minoritaria o rara que afecta a 5 de cada 100.000 persona sin entender de grupos étnicos, razas, grupos sociales y factores económicos. Esta patología, de elevada mortandad, produce el deceso a los 18 meses tras el diagnóstico de la mitad de los pacientes (3).

Sin embargo, las causas de este síndrome permanecen aún desconocidas, aunque una pequeña fracción de este, concretamente 1 de cada 10, es debido a herencia familiar. Actualmente existe un fuerte debate científico sobre su origen, algunos autores exponen que se debe a fenómenos como la excitotoxicidad de la MN, donde se incluirían la autoinmunidad inducida por las células gliales encargadas del soporte nutricional e inmunoprotector del ambiente neuronal, las proteinopatías, el transporte axonal, el estrés oxidativo (produce especies reactivas al oxígeno dañinas para la célula, pero estas no son capaces de reducir las moléculas intermedias para defenderse de ellas), el procesamiento del ARN (ribunocleotidopatías), y factores ambientales como sustancias neurotóxicas que inducen daños mitocondriales (4). A pesar de haberse estudiado mucho sobre ello, no se ha llegado a ninguna conclusión definitiva con el suficientemente peso para expresar la causalidad de la ELA (5).

También hay quien defiende, que la morfología y tamaño de las MNs juegan un papel fundamental en el desarrollo de la enfermedad, siendo las de mayor tamaño las que están más sobreexpuestas al daño (6). Sus axones, que pueden llegar a medir hasta un metro de longitud, son los encargados del transporte direccional de vesículas cargadas de neurotransmisores hasta los terminales presinápticos (botones sinápticos), así pues, las axonopatías, o defectos en esta carretera celular, harían que la necesidad vital de la que dependen las neuronas motoras para ser transportadas en el entorno intracelular de forma activa fallarían (con sinaptopatías entre los terminales pre- y post-sinátpicos), siendo inefectivas en su misión, pudiendo ser una explicación eficiente de la enfermedad (7).

Morfológicamente, las MNs presentan, como la mayoría de neuronas, un cuerpo o soma con un solo núcleo gigante (karyon), un axón a través del cual transmiten el potencial de acción (impulso eléctrico generado de forma espontánea por una neurona) y dendritas (pequeño conjunto de procesos ciliares que se vislumbra como un árbol), las cuales actúan como receptoras del impulso (8).

Según donde se encuentren localizada las MNs reciben un nombre u otro, desempeñando cada neurona motora una función individual, pero en cooperación unas con otras. Las MNs más superiores de todas, localizadas en la corteza cerebral, se conocen como MNs superiores o primarias. Otra facción se encuentra en un nivel intermedio formado por los ganglios basales y MNs del troncoencéfalo, y, por último, las MNs inferiores o secundarias halladas en el asta anterior de la médula espinal. Justo estas últimas son las que se encuentran

mayormente afectadas, ya que en el asta posterior se encuentran las específicas para la sensibilidad (neuronas somatosensitivas). En la etapa final de la ELA se encuentran afectadas la casi totalidad de las MNs, con un recorrido insidioso por las MNs inferiores del asta anterior de la médula lumbar, siguiendo un recorrido ascendente vertical, en este orden mayoritariamente (9).

Se han identificado en la médula tres tipos diferentes de MNs: una de gran tamaño, axones mielinizados, cuya velocidad de transmisión del impulso nervioso es de 50-130 milisegundos. Conforman los núcleos motores. Otras más pequeñas que las anteriores, en contacto directo con las fibras musculares, e interneuronas, pequeñas y de axón muy corto, se llaman también integradoras del impulso nervioso, ya que jamás entran en contacto con receptores sensoriales ni fibras musculares. Estas son las encargadas del arco reflejo, como

separar de inmediato la mano al entrar en contacto con el fuego, sin embargo, estos reflejos son abolidos en la enfermedad tardía (10).

Los axones de los pares raquídeos anteriores o MNs llegarán al músculo efector formando previamente la unión neuromuscular, donde las fibras nerviosas motoras se unen a las células motoras de una forma, tal cual no entran en contacto físico, sino que dejan una hendidura en la cual se invaginan las fibras nerviosas, formando finalmente la placa motora terminal. El neurotransmisor empleado para estas conexiones es la acetilcolina, que es liberado del terminal axónico hacia la hendidura sináptica, el cual excita la membrana de la célula muscular, produciéndose el movimiento.

1.1. MNs y excitotoxicidad mediada por glutamato

No todas las neuronas son igualmente sensibles al daño excitotóxico. Su susceptibilidad varía en función del estado fisiopatológico en que se encuentren. Así, por ejemplo, cuanto más excitable es una neurona, mayor puede ser, presumiblemente, su susceptibilidad al daño excitotóxico.

Las MNs son células especialmente sensibles al daño excitotóxico mediado por glutamato, debido a varias características propias de este tipo de células. En primer lugar, existen datos, tanto in vitro como in vivo, que apuntan a que esta especial vulnerabilidad al glutamato está mediada por receptores AMPA. A diferencia de los receptores NMDA que son siempre permeables a Ca^{2+}, la permeabilidad a Ca^{2+} de los receptores tipo AMPA varía en función de la expresión de la subunidad GluR2. Los receptores AMPA que carecen de la subunidad GluR2 son altamente permeables a Ca^{2+} (11).

Las MNs poseen un mayor número de receptores tipo AMPA que otras neuronas, y además muchos de estos receptores carecen de la subunidad GluR2 (12). Esto podría ser una posible causa de la especial vulnerabilidad de la MN a la excitotoxicidad mediada por Ca^{2+}. Por otro lado, en cultivos de MNs espinales (MNEs) de rata, la despolarización de la membrana causada por la activación de receptores AMPA produce una entrada de Cl^- a través de determinados canales, que tiene como consecuencia un incremento en la conductancia de los receptores AMPA, y un aumento de la fuerza de entrada de Ca^{2+} debida a una repolarización parcial. Por ello, la entrada de Cl^- agudiza la muerte neuronal dependiente de receptores AMPA.

Además, existen datos que indican que las MNs tienen una baja capacidad para tamponar el Ca^{2+} (11). Esto se debe principalmente a que tienen bajos niveles de expresión de

proteínas tamponadoras de Ca^{2+}, tales como parvoalbúmina y calbindina D28K. Como consecuencia de los niveles bajos de estas proteínas, la mitocondria tiene que asumir un mayor papel tamponador en estas células, de manera que si la entrada de Ca^{2+} es excesiva, puede producir disfunción mitocondrial con la consecuente generación de especies reactivas del oxígeno que dañan a las MNs, y las conducen a la degeneración. De hecho, en enfermos y modelos animales de ELA, se ha comprobado que las MNs menos afectadas (MNs del núcleo de Onuf, núcleo motor ocular y núcleo troclear) poseen una alta expresión de parvoalbumina y calbindina (13).

En condiciones patológicas, se producen alteraciones en determinados mecanismos moleculares que pueden alterar la capacidad de responder por parte de la MN a estímulos excitadores, dando por ello el origen de distintos tipos de ELA asociada a otras patologías vinculantes.

1.2. Tipos de ELA y comorbilidades

Actualmente se han descrito dos grandes grupos de ELA, uno familiar que seguiría una herencia mendeliana autosómica dominante, donde el 25% muestra sintomatología, el 50% serían portadores no sintomáticos y el 25% restante estarían libres del gen. El otro gran grupo que representaría la mayoría de los enfermos, presupone que son mutaciones esporádicas no vinculadas a la herencia (14). Existe un tercer tipo, mucho menos frecuente y más raro, que se reduce localmente a un lugar, la isla de Guam, en el pacífico, que se presume que es debido a un aumento de neurotoxinas en la alimentación de la gente de esta zona (15). Produce exactamente la misma sintomatología que la ELA familiar o esporádica.

A su vez, existen varios subtipos de ELA, según la genética secuenciada actualmente (16): ELA 1 (implicado el gen SOD1) hasta ELA 8, ELA con demencia frontotemporal (DFT) y ELA con DFT asociada a enfermedad de Parkinson (17).

Además, la existencia de genética asociada a la enzima inhibidora de la angiotensina-convertasa hace disminuir considerablemente el riesgo de presentar la ELA (18), lo que provoca una disminución de la vasoconstricción de las arteriolas (disminución de la tensión arterial). Por lo tanto, existe otro tipo de ELA más reciente asociada a esta genética.

Finalmente, se puede considerar dos supergrupos que englobarían todos los subtipos de ELA: la que presenta exclusivamente enfermedad del sistema motor, y otro segundo que presentaría los mismos síntomas del movimiento, pero además asociada a DFT o enfermedad de Parkinson.

GENES POSIBLES RESPONSABLES DE ELA				
ELA TIPO 1				
ENFERMEDAD	**LOCUS**	**GEN**	**HERENCIA**	**INICIO**
ELA 1	21q2.1	SOD1	AUTOSÓMICA DOMINANTE (AD)	ADULTO
ELA 3	18q21	DESCONOCIDO	AD	ADULTO
ELA 6	16q12	DESCONOCIDO	AD	ADULTO
ELA 8	20q13.3	DESCONOCIDO	AD	ADULTO
ELA ATÍPICA				
ELA CON DFT	**9q21.22**	**DESCONOCIDO**	**AD**	**ADULTO**
ELA CON DFT Y ENFERMEDAD DE PARKINSON	17q21.1	DESCONOCIDO	AD	ADULTO

El movimiento se va deteriorando según va en ascenso, primero las MNs inferiores, con afectación de las piernas, los miembros superiores dejando paso al deterioro de las MNs del tronco y después la de la corteza; la afectación de las MNs inferiores produce fasciculaciones generalizadas y cansancio, la afectación de las MNs superiores produce espasticidad e hiperreflexia, las del tronco hacen que se presente disartria y disfagia y fasciculaciones de la lengua.

En todas ellas aparece como síntoma común una progresiva debilidad muscular (19). Algunos pueden quedar mucho tiempo así, con la enfermedad (estancada); más tarde con la enfermedad ya avanzada, los músculos del cuello y cabeza dejan de cumplir su función y se hace imposible de sostener, los músculos encargados de la deglución (músculos de la lengua, milohioideo y geniohioideo, los de la masticación, articulación temporomandibular (ATM) y constrictores de la faringe que hacen que el bolo sea transportado por el esófago) constituyen la fase voluntaria de la alimentación y por tanto, son candidatos de verse afectados, provocando disfagia (incapacidad para tragar). La afectación de la musculatura del habla conduce a disartria y estridor o crup (de palabras, incapacidad para hablar de forma normal), por afectación de la ATM y los de la masticación que producen el sellado de los labios y actúan como caja de resonancia. La persona queda prácticamente sufriendo un síndrome del cautiverio (afectación del bulbo donde el individuo solo puede

mover los ojos). Paulatinamente los músculos de menor tamaño y más específicos se ven deteriorados, hasta llegar a los encargados de la respiración (intercostales, accesorios de la inspiración) y el diafragma, que aunque está inervado por el sistema voluntario también lo hace por el sistema autónomo, alargando más la agonía, y caer en el error médico de un ensañamiento terapéutico, con la obstinación terapéutica por mantener con vida aplicando métodos desproporcionados y extraordinarios en pacientes terminales, cuyo beneficio es elevadamente negativo, prorrogando sus agónicas vidas (20). Los temblores, espasmos y fasciculaciones son habituales en su forma más tardía, siendo la fasciculación de la lengua un signo diagnóstico definitivo. La espasticidad o rigidez de los músculos hacen que el paciente se posicione de una forma antinatural. La pérdida de los arcos reflejos en el que interaccionan las motoneuronas inferiores o medulares solo con las neuronas integradoras de información se puede ver en su fase más avanzada (5).

Comorbilidades

La ELA no afecta únicamente a las MNs que se encargan del movimiento voluntario, sino que llevan asociadas una variedad de enfermedades comórbidas diversas y de todo tipo.

En primera instancia, una de las enfermedades más frecuentes y estudiadas son del tipo demencia frontotemporal. Estudios con neuroimagen indican grandes cambios en sistema motor, específicamente el tracto piramidal, y en estados más avanzados, se evidencian cambios en la corteza cerebral (19). Esto es causa primaria de las comorbilidades que pueda presentar un enfermo de ELA:

-Trombo-embolismo venoso. El tromboembolismo venoso en las grandes venas del cuerpo y en los senos venosos del cerebro como comorbilidad con la ELA (21).

-Virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH es una enfermedad autoinmune severa que afecta al sistema inmunitario (linfocitos T y B, monocitos, basófilos, eosinófilos) inmunidad primaria y secundaria. Los anticuerpos generados por el individuo atacan al sistema inmunitario. A día de hoy se está investigando con terapias génicas y vacunas (22).

-Esquizofrenia. La esquizofrenia es una enfermedad mental muy severa que provoca que el individuo pierda el contacto con la realidad y sufra de alucinaciones (23).

-Enfermedades asociadas al sistema nervioso entérico, síndrome del intestino irritable. El intestino irritable es una enfermedad del sistema nervioso autónomo entérico, que cursa con fenómenos alternantes de diarrea/estreñimiento, dolor, náuseas y flatulencia (24).

-Síndrome de la mano extraña (SME), patología donde los músculos interóseos del primer dedo y los músculos tenares (de los 3 dedos intermedios) no funcionan debidamente y son incapaces de extenderse cuando se pone la mano sobre una superficie. Esta enfermedad es de causa desconocida, aunque se intuye que tiene factores neurodegenerativos musculares (25).

-Desórdenes del sueño, apnea e hipo-ventilación. Apnea es un síntoma de otras enfermedades o en sí una enfermedad que cursa con momentos en que el paciente no genera un ciclo respiratorio de inhalación y exhalación, concentra mayores cantidades de carbónico con el riesgo de generar acidosis respiratoria (26).

-Dolor a la presión (27).

-Riesgo de cáncer y ELA. El cáncer es la primera causa de muerte no natural del planeta (28).

-Asociación entre ELA y enfermedades cardiovasculares. Actualmente se sabe que es realmente una enfermedad sistémica, ya que la respuesta inmunitaria anormal causada por el gluten puede dar lugar a la producción de diferentes autoanticuerpos que pueden atacar a cualquier parte del organismo (29).

-Asociación entre la celiaquía y ELA. La celiaquía o enfermedad celíaca (EC) es un proceso crónico, multiorgánico autoinmune, que lesiona primeramente el intestino y puede dañar cualquier órgano o tejido corporal. Afecta a personas que presentan una predisposición genética. Está producida por una "intolerancia" permanente al gluten (conjunto de proteínas presentes en el trigo, avena, cebada y centeno –TACC– y productos derivados de estos cereales) (30).

-Myastenya Gravis (MG) concomitante a la ELA. Enfermedad neuromuscular degenerativa que afecta al sistema nervioso motor. Es autoinmune. Empieza con un cuadro insidioso de pérdida de fuerzas, que rápidamente se recuperan con el descanso pero que reaparece al reiniciar el ejercicio. Suele iniciarse en los músculos perioculares. En pocas ocasiones el inicio es agudo (31).

La característica principal de la MG es una debilidad muscular que aumenta durante los períodos de actividad y disminuye después de períodos de descanso. Ciertos músculos -como los que controlan el movimiento de los ojos y los párpados, la expresión facial, la masticación, el habla y la deglución (tragar)-, a menudo se ven afectados por este trastorno. Los músculos que controlan la respiración y los movimientos del cuello y de las extremidades también pueden verse afectados, pero, por fortuna, con un control médico se puede controlar tal enfermedad.

-Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2. Enfermedad ocasionada por el aumento de la resistencia periférica de los grandes vasos y el aumento del gasto cardíaco por aumento del volumen de eyección (32).

-Diabetes tipo 1 y ELA. La diabetes tipo 1 (DM1) es una enfermedad autoinmune que produce la destrucción de los islotes de Langerhans (33).

-Asociación alcoholismo y ELA. El alcoholismo es una enfermedad que afecta a la vía serotoninérgica limbicofrontal del sistema de recompensa (34).

-Alexitimia en la ELA. Incapacidad para comprender los sentimientos propios y ajenos. Ocurre en personas con diagnóstico de autismo (35).

-Síndrome de piernas inquietas y ELA. Enfermedad que cursa con imposibilidad de mantenerse quieto por gran tiempo y produce que la persona tenga que mantenerse de pie y en movimiento. Se piensa que es causa del mal aprovechamiento de la dopamina por el sistema nervioso motor (18).

-Enfermedad de Parkinson y ELA. Enfermedad del sistema nervioso motor que ocurre cuando la concentración de dopamina es mayor en el espacio presináptico, causando destrucción de la sustancia negra del cerebro. Es una patología neuromotora degenerativa altamente discapacitante (36).

-ELA y demencia frontotemporal. La demencia frontotemporal es el segundo tipo de demencia más común detrás de la enfermedad de Alzheimer: La demencia frontotemporal (DFT) es un síndrome clínico causado por la degeneración del lóbulo frontal del cerebro humano, que puede extenderse al lóbulo

temporal. Es uno de los tres síndromes provocados por la degeneración lobular frontotemporal, y la segunda causa más común de la demencia de inicio temprano tras la enfermedad de Alzheimer. Los síntomas pueden clasificarse a grandes rasgos en dos grupos, en función de las características que resultan afectadas relacionadas con las funciones del lóbulo frontal: síntomas conductuales (y/o cambios en la personalidad), y síntomas relacionados con deterioro de las funciones ejecutivas. Defectos ejecutivos como la secuenciación y planificación acciones derivadas de la afectación del lóbulo temporal, y trastornos de la personalidad, desinhibición y agresividad. Apatía y abulia, los pacientes con esta patología pueden verse afectados por problemas legales debido a su desinhibición y ser diagnosticados tempranamente con otra enfermedad psiquiátrica (37).

-ELA y depresión mayor. Depresión cursa con sentimientos de melancolía, vacío, tristeza, cambios en el apetito y el sueño

(hipersomnia/insomnio severo), falta de energía, cansancio, incapacidad para expresar sentimientos (alexitimia), que hacen que el individuo tenga una desconexión de la realidad leve(disociación momentánea) o grave (delirios nihilitas sobre pensar que uno está muerto o se pudren sus órganos o autorreferenciales de daño por los demás) además de cursar con un síntoma muy grave de la enfermedad: las ideas autolesivas o de suicidio (38).

-Obstrucción de las vías aéreas superiores en ELA. La acumulación de mucosidad por la incapacidad de usar los músculos del cuello y la respiración para expulsarla, hace que se estas personas desarrollen más enfermedades como rinitis, faringo amigdalitis, laringitis y de las vías aéreas inferiores como bronconeumonía y otitis (39).

-Dolor en ELA. La ELA es una enfermedad neurodegenerativa que cursa con deterioro progresivo y debilidad muscular

donde se ven afectados los receptores del sensitivos y del dolor igualmente (Chio,Mora & Lauria, 2017).

OBJETIVOS

Los objetivos a seguir parten de una hipótesis de trabajo que presupondrían una vinculación de la ELA y sus comorbilidades con una posible pérdida de las conexiones sinápticas entre MNs. Por ello, este trabajo tiene como finalidad realizar un *estado del arte (state of the art)* en profundidad de la ELA, para conocer el estado de esta temática actualmente y desarrollar nuevos avances dentro del campo de la investigación-acción clínica.

2.1. Objetivos generales:

1) Realizar una compilación de resultados de otras investigaciones para abordar e investigar nuevos aspectos de la ELA.

2) Ayudar en la comprensión de los distintos tipos de ELA con mayor relevancia clínica, por la distribución del número de publicaciones asociadas a cada estudio, y respecto a las comorbilidades que se presentan y se diagnostican más frecuentemente durante la ELA.

3) Servir como guía básica de consulta dentro del marco europeo "reto social", siendo reflejo de las prioridades políticas de la estrategia Europa 2020 para abordar las grandes preocupaciones compartidas por los ciudadanos de Europa y otros lugares.

2.2. Objetivos específicos:

4) Estudiar mediante análisis de imagen las MNs inferiores y superiores del subtipo de ELA SOD1^{G93A} en un modelo murino transgénico y corroborar su implicación en fenómenos de neurodegeneración por cambios morfológicos en su cobertura sináptica (arborización dendrítica).

5) Difusión de los avances en congresos de las áreas de conocimiento de ciencias de la salud para un mayor abordaje de la problemática que asocia la reducción sináptica con la aparición de la ELA y sus morbilidades.

MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Criterios de selección/Metodología

La metodología se describirá en relación a los objetivos propuestos. Este estudio ha consistido en un abordaje sistemático de artículos y bibliografía referente a las comorbilidades de la ELA, que se desarrollaron durante el transcurso de la enfermedad. Se compilaron y seleccionaron los títulos más relevantes sobre el tema, excluyendo duplicados, y en caso de dudas, se leyeron versiones íntegras.

Luego, se recopilaron los datos de los estudios incluidos y se repasó que cumplimentara todos los criterios de inclusión.

3.2. Material/Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se ha desarrollado combinando los descriptores con los operadores booleanos “AND” y “OR” en las diferentes bases de datos. Los criterios de selección en las bases de datos fueron “Amyotrophic” AND “lateral” AND “Sclerosis” (OR “Amyotrophic Lateral Sclerosis”; OR “ALS”) AND “comorbidity”. El operador booleano NOT no ha sido utilizado en esta búsqueda.

Las bases de datos usadas fueron Pubmed, Medline, Google Scholar, Scielo, SpringerLink, The Lancet, Web of Science (WOS, de Clarivate Analytics), SCOPUS (de Elsevier), ScienceDirect, NCBI (National Center for Biothecnology Information).

La selección bibliográfica se efectuó tras introducir en el buscador de las bases de datos las palabras claves, y se

seleccionaron los artículos, primero por su título, y luego según su resumen. No se discriminaron según el idioma en el que estaban escrito, aceptando estudios finalmente para incluirlos en el trabajo en idiomas como el inglés, portugués o catalán, publicados en los últimos 10 años (o más, dado su carácter poco conocido de enfermedad rara). Todo esto se completó con un rastreo de citas en los artículos seleccionados para identificar otros con los que estuviera relacionados.

3.3. Variables

Se recopilaron los datos/variables para su estudio estadístico:
Sobre los artículos incluidos: años de publicación, se consideraron estudios de cohorte (comparativos, uno individuos con ELA, otro sin ella) así como ensayos controlados y seleccionados al azar, cuantitativos y comparativos en los cuales se estudiaron dos o más

enfermedades, con individuos seleccionados aleatoriamente.

Sujetos: personas mayores de 18 años menores de 65, sin patología previa a la ELA, que fueron desarrollando concomitantemente otra u otras enfermedades.

Tipo de intervención: Se buscaron artículos que comprendieran enfermos de ELA y comorbilidades.

Medidas de resultado: Los estudios incluidos deben predecir el número y tipo de enfermedades que se desarrollaron luego de un diagnóstico de ELA.

3.4. Análisis de imagen de muestras de ELA tipo 1 con un modelo murino transgénico portador del gen humano mutado ^{SOD1G93A}

Este estado del arte aporta ideas sobre la complejidad

neuronal como un posible objeto de estudio para corroborar aspectos generales de la ELA, en concreto del tipo 1 (ELA1) que es el más estudiado y del que más se conoce en la literatura científica. Los análisis de muestras aportarían nuevos datos que afinarían aún más en la comprensión de las MNs afectadas por la mutación del gen $SOD1^{G93A}$. Las muestras de análisis consisten en microfotografías obtenidas en el laboratorio del Dr. Moreno-López (GRUNEDERE. Unidad de Fisiología, Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz). Se analizaron distintas imágenes de secciones transversales de distintas partes: a) médula lumbar (sección L1-L5), b) núcleo XII o hipogloso, c) núcleo VI o abducens (también conocido como núcleo motor ocular externo). Las muestras provienen de ratones transgénicos con el gen humano mutado $SOD1^{G93A}$, manifestando la misma sintomatología que en humanos. Se emplearon 6 individuos sanos (wild-type, WT) y 3 con ELA (G93A). Se hizo un recuento del número de MNs inferiores y superiores de cada

imagen. El estudio de la cobertura sináptica se determinó usando el programa de análisis de imagen ImageJ-FIJI v.1.8.0 (NIH, USA) (Figura 1 y 2). Para el análisis estadístico se utilizó el paquete Sigmaplot 11.0 (Systat Software Inc.). Los resultados se muestran como promedio con su margen de error en cada media (media ± error). Se emplea el test paramétrico T-student para la comparación de dos muestras, siendo significativo (*) cuando alcanza un p-valor < 0,05.

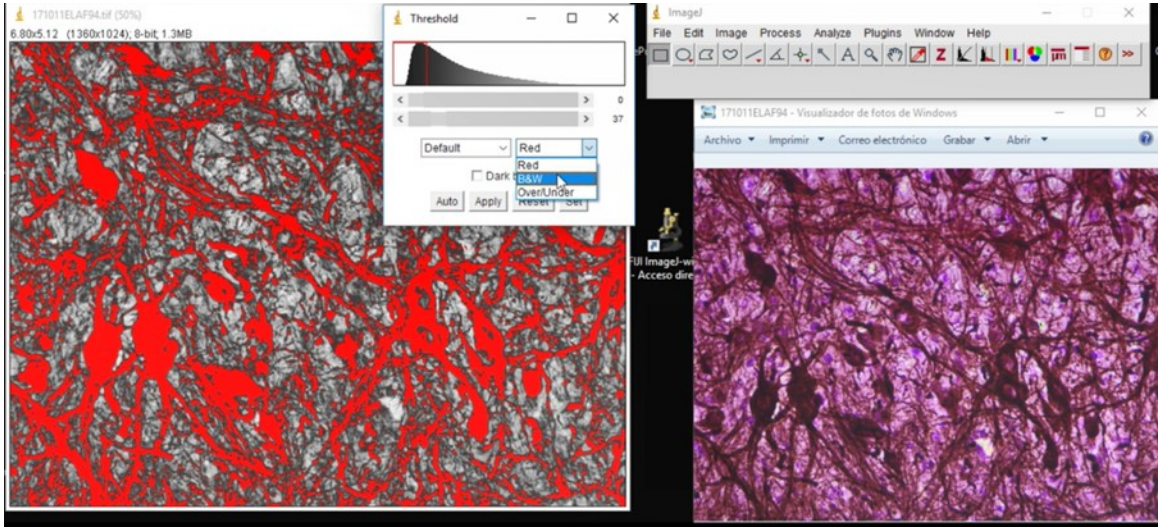


Figura 1. Ejemplo de análisis de imagen de una microfotografía de una sección de médula lumbar con el software ImageJ para la selección y cálculo de áreas y densidades de toda la cobertura sináptica de MNs.

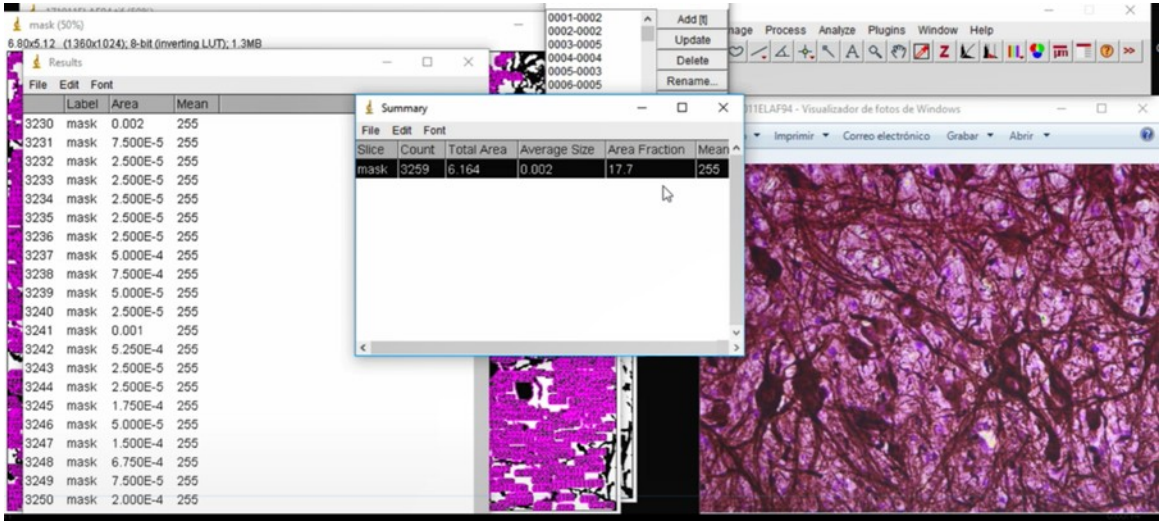


Figura 2. Análisis final del ejemplo anterior que muestra el área total, promediada y fraccionada (%) de las regiones seleccionadas.

RESULTADOS

4.1. Resultados sistemáticos de la ELA y sus comorbilidades

La búsqueda identificó 33 artículos de los cuales 6 se eliminaron por no cumplir los requisitos de inclusión, se excluyeron 6 por estar duplicados. Al final, se seleccionaron 16 estudios (Figura 3).

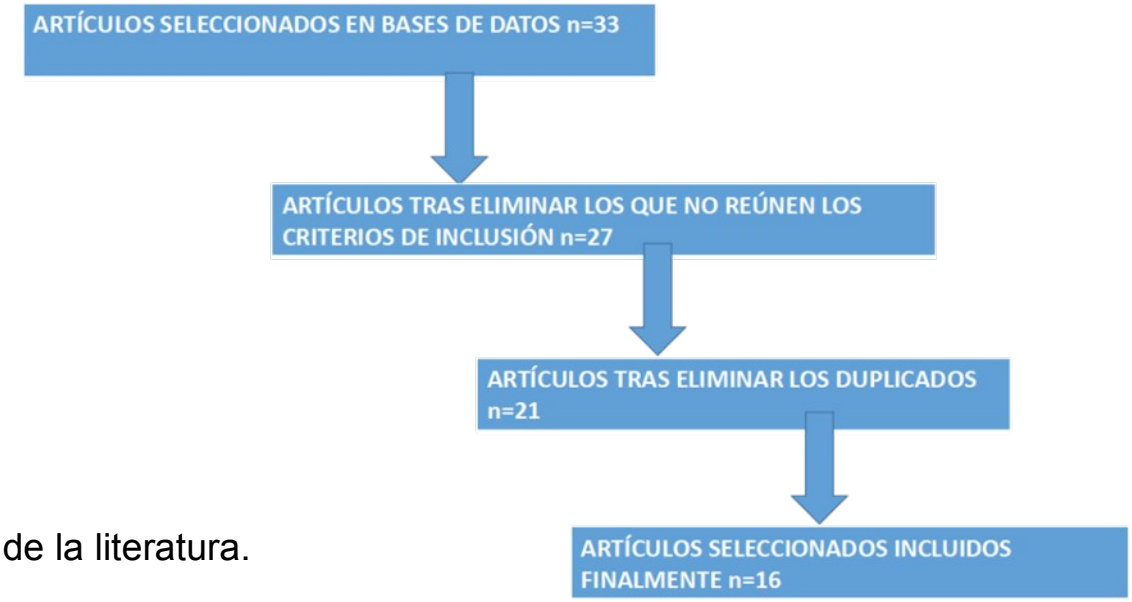


Figura 3. Búsqueda sistemática de la literatura.

La edad de los participantes osciló entre los 18 y 65 años. No se hicieron sesgos por sexos ni por países ya que fue una muestra aleatorizada.

La búsqueda identificó 33 artículos de los cuales 6 se eliminaron por no cumplir los requisitos de inclusión, se excluyeron 6 por estar duplicados. Al final, se seleccionaron 16 estudios.

Se encontraron 7 tipos de comorbilidades en 16 artículos incluidos finalmente en el estudio.

Dos analizaron la asociación entre VIH y ELA, 2 entre MG, 3 entre hipertensión arterial (HTA) y enfermedades cardiovasculares, 2 entre diabetes DM, 1 entre el trombo-embolismo venoso, 2 entre dolor y ELA, 3 artículos con demencia frontotemporal (DFT), 1 con esquizofrenia, 4 con depresión, 2 entre enfermedades del sistema nervioso

entérico y celiaquía, 3 con afectación de las vías aéreas superiores e inferiores y ELA, 3 con el cáncer, uno entre alcoholismo, uno entre alexitimia, uno entre enfermedad de Parkinson y ELA, otro artículo que lo vincula al síndrome de piernas inquietas (SPI) y uno que asociaba el SME con ELA (Tabla 1).

De todos ellos los duplicados se excluyeron del estudio, quedando finalmente 30 artículos que hablaban de comorbilidades de la ELA.

De los 30 artículos, 5 estudiaban dos o más comorbilidades asociadas a la ELA. Un estudio asociaba diabetes mellitus e hipertensión arterial con ELA, otro incluía trastornos del dolor y dolor a la presión, otro asociaba enfermedades neurológicas con demencia frontotemporal, 2 incluían trastornos psiquiátricos y depresión. Otro artículo vinculaba enfermedades bronconeumólogicas y problemas de

hipoventilación.

La asociación en los artículos mencionados entre comorbilidades fue: Depresión asociada a DFT, alexitimia y alcoholismo, cáncer asociado a DM1, VIH y cáncer, MG con dolor neurótico, y síndromes nerviosos ictérico y/o celiaquía; y trombo-embolismo con hipoventilación.

Las medidas de resultados durante el desarrollo de la ELA más importantes, basados en la fiabilidad y experiencia de los autores y en estudios clínicos frente a revisiones bibliográficas, fueron entre los sujetos enfermos la MG (31), demencia frontotemporal (37), síndrome de apnea e hipoventilación (26), síndrome de las piernas inquietas (18), depresión y trastornos de la conducta (38) y trastornos asociados al dolor (40).

El SME a pesar de haber demostrado en el estudio que era

bastante común en la ELA, este no puede tenerse en cuenta ya que es un único estudio y resultaría muy sesgado (25).

Todas las tipologías de ELA, asociadas o no a comorbilidades, tienen una causa común, la degeneración neuronal y la denervación completa hacia su órgano diana, por ello se realiza a continuación un enfoque muy ambicioso, y de interés, en el estudio del comportamiento general de las MNs a nivel de cobertura sináptica justo cuando se alcanza el estado sintomático de la enfermedad.

Tabla 1. ELA asociada a comorbilidades

COMORBILIDAD	TÍTULO	AUTOR
DEPRESIÓN	PREVALENCE OF MAJOR DEPRESSION IN ALS	ROOS ET AL (2016)
DFT	FRONTO TEMPORAL DEMENTIA Y ALS	LATTANTE (2016)
AFECTACIÓN VÍAS AÉREAS SUPERIORES	REDUCED SURVIVAL ALS AND UPPER AIRWAYS OBSTRUCTIVE EVENTS	GEORGES ET AL (2016)
CÁNCER	ALS AND CANCER: A REGISTER-BASED STUDY IN SWEDEN	GIBSON ET AL (2016)
DM1	ASSOCIATION BETWEEN ALS AND DIABETES	MARIOSA ET AL (2016)
DOLOR	PAINS AND ALS	CHIO ET AL (2017)
SISTEMA NERVIOSO ENTÉRICO	THE ENTERIC NERVOUS ENTERIC AND ALS	RAO ET AL (2016)
VIH	**NEURO MUSCULAR DISEASES ASSOCIATION WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS**	**PRIOR ET AL (2018)**
MISASTENIA GRAVIS	MYASTHENIA GRAVIS AND ALS	GOTTAS (2015)
ENFERMEDAD DE PARKINSON	ASSOCIATION OF THE FUNCTIONAL SNO RS 2275 GENETIC OF ALS	CUSTODIO ET AL (2014)
ALCOHOLISMO	ASSOCIATION OF ALCOHOL USE DISORDERS WITH ALS	JI ET AL (2016)
ALEXITIMIA	ALEXITHIMIA IN ALS AND ITS NEURAL CORRELATES	BENBRIKA ET AL 2018
SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS	THE HIGH FRECUENCY OF RESTLEES LEGS SYNDROME IN ALS	LIU ET AL (2018)
SÍNDROME DE LA MANO EXTRAÑA	SPLIT HAND IN ALS	EISEN ET AL (2017)
ESQUIZOFRENIA	GENETIC CORRELATION IN	MCLAUGHIN (2017)

4.2. Reducción de la población de MNs y de su cobertura sináptica en la ELA sintomática (SOD1^{G93A})

La mayor parte de las investigaciones sobre la patobiología de la ELA se ha llevado a cabo en el estudio de la ELA1, mediante el estudio de la mutación génica de la superóxido dismutasa Cu/Zn (SOD1) asociada a esta enfermedad, ya que esta mutación producen las mismas alteraciones que ocurren en la ELA esporádica. La mutación del gen SOD1 fue el primer mecanismo patogénico propuesto por la pérdida o disminución de su actividad detoxificadora. Esos cambios llevan asociados la progresiva muerte de las MNs, reducción de la densidad sináptica durante el desarrollo del sistema nervioso y en el cerebro adulto, y un deterioro de sus funciones neuromotoras.

Cumpliendo con el último objetivo, el resultado final indicaba que la diferencia hallada en las muestras de ambos grupos

era “estadísticamente significativa”, encontrándose una mayor muerte de MNEs en el modelo de ELA con respecto a los individuos sanos (Figura 4).

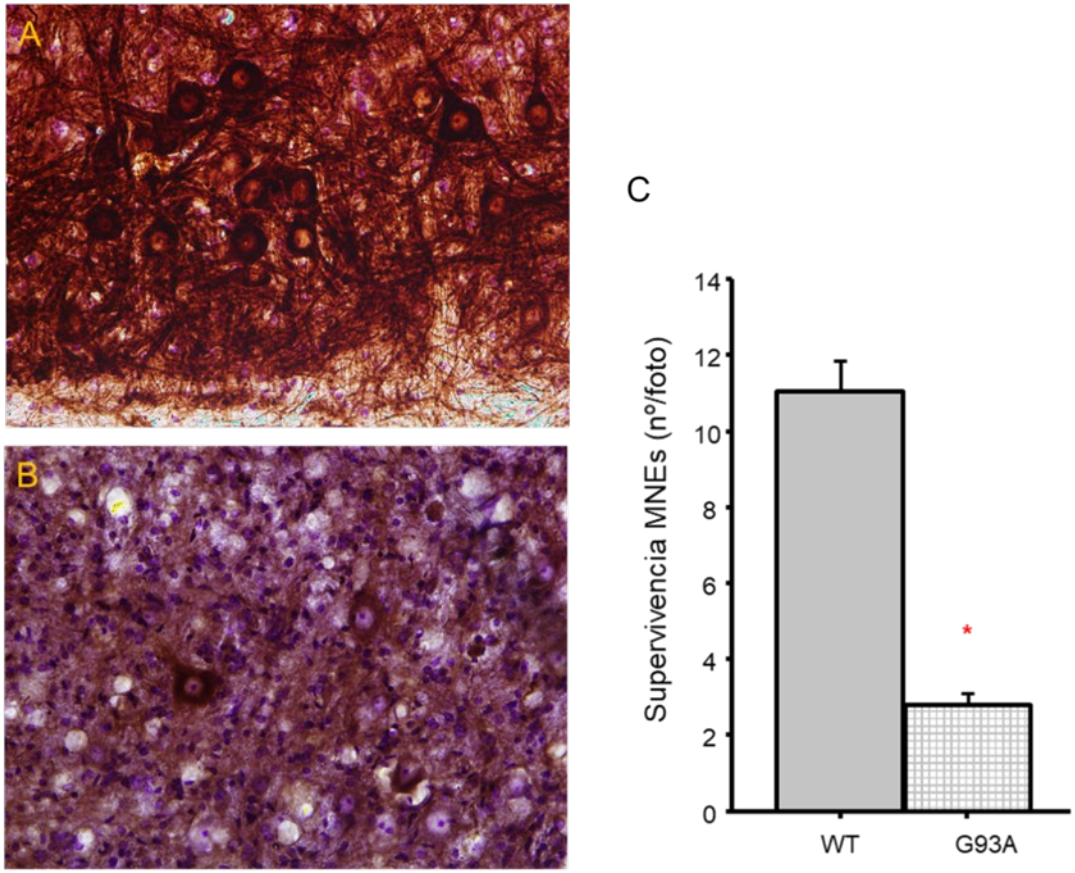


Figura 4. Diferencias en la población de MNEs en el segmento lumbar. (A) Microfotografía de sección lumbar en modelo sano (WT, objetivo 10X). (B) Microfotografía de sección lumbar en modelo de ELA (G93A, objetivo 10X). (C) El modelo de ELA (G93A) (B) presentaba una reducción significativa de MNEs con respecto a su control (WT) (A). *p ≤0,001.

Tomando como referencia el área total (Figura 5, C-D) de cada microfotografía o el área por MN (Figura 5, E-F), también se evidenciaban de forma significativa la reducción de la complejidad neuronal y de la cobertura sináptica de entre ambos grupos (independientemente de las unidades de medidas que se utilicen).

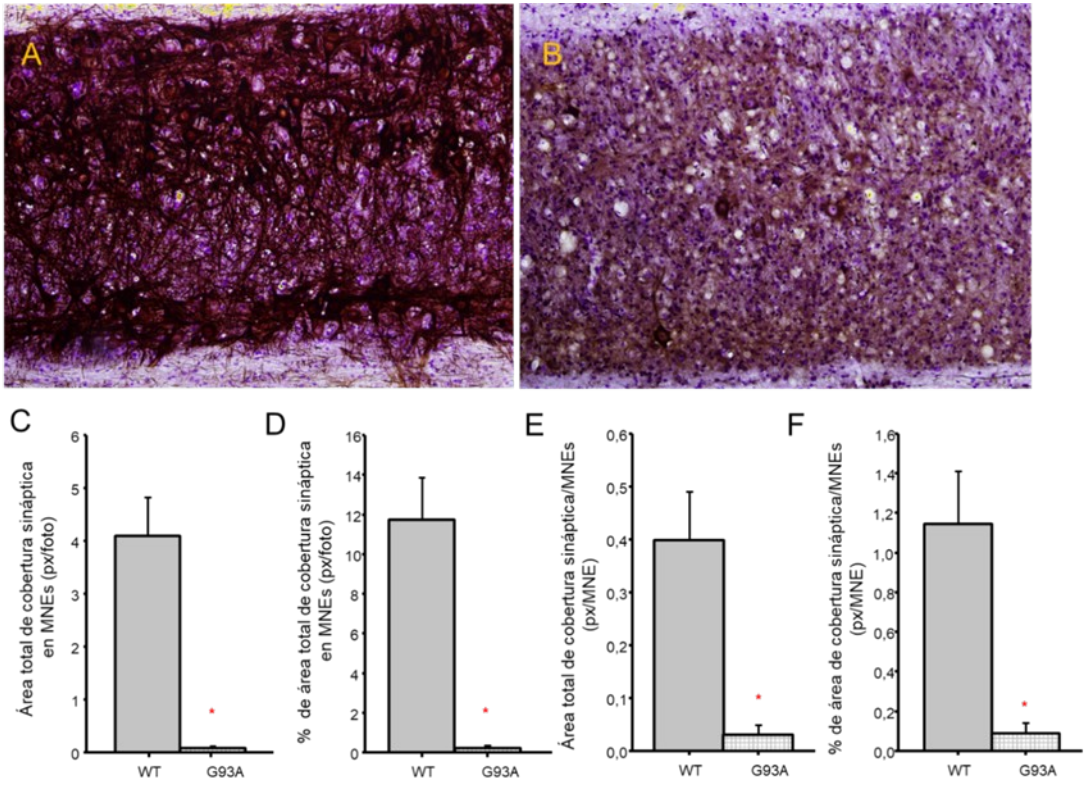


Figura 5. Reducción de la cobertura sináptica en un modelo de ELA. (A) Microfotografía de sección lumbar en modelo sano (WT, objetivo 4X). (B) Microfotografía de sección lumbar en modelo de ELA (G93A, objetivo 4X). (C-D) Reducción significativa del área total sináptica de las MNEs de la foto, en unidades relativas -px2/foto- (C) o porcentuales (D). (E-F) Reducción significativa del área total sináptica por cada MN, en unidades relativas -px2/MNE- (E) o porcentuales (F). *p <0,05.

La fase sintomática de la ELA reducía la población de MNs inferiores, sin embargo no existía riesgo de muerte para las MNs de los núcleos motores abducens (Figura 6, A, C y E) e hipogloso (Figura 6, B, D y F).

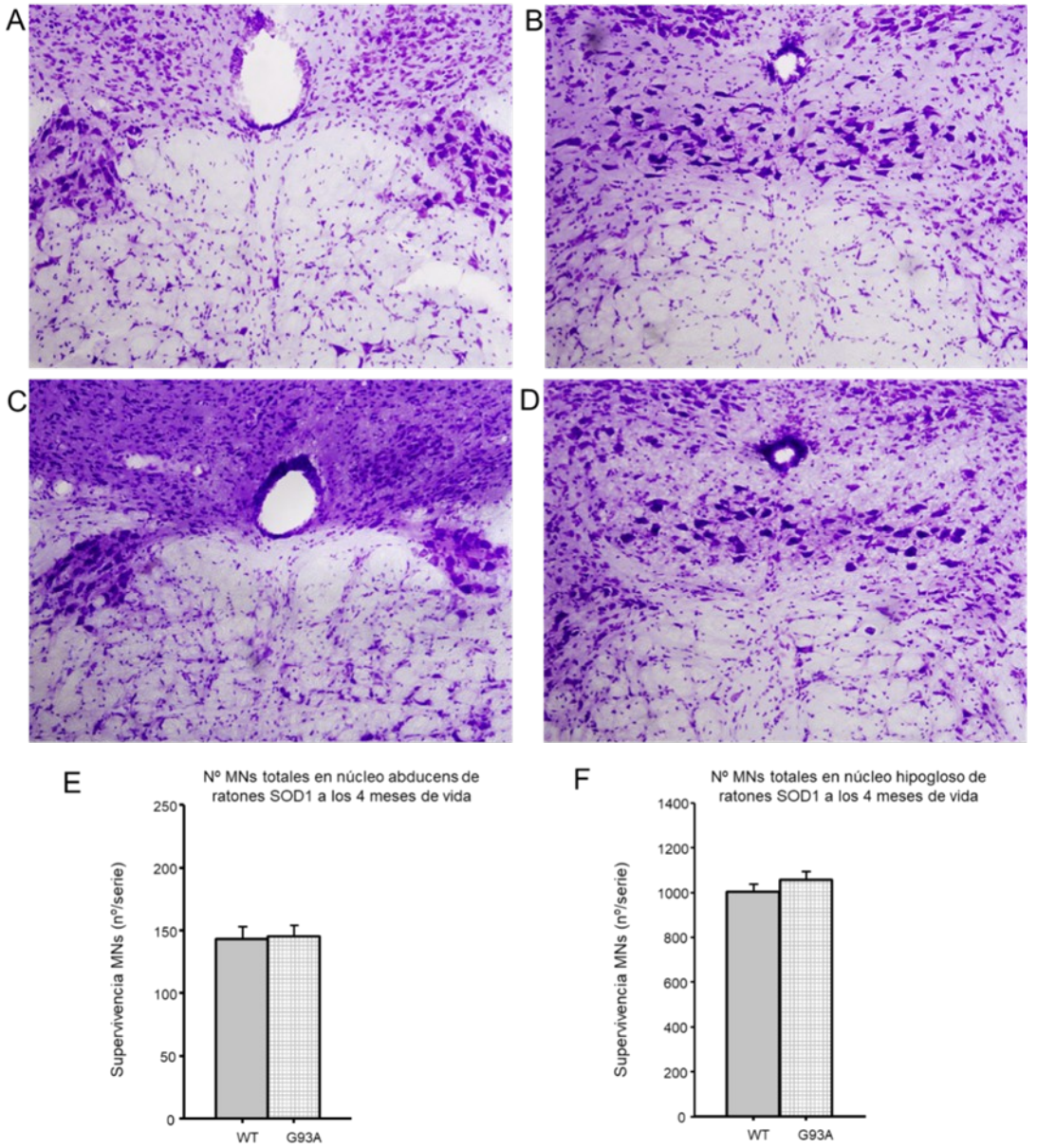


Figura 6. No existen diferencias en la población de MNs superiores de los núcleos abducens (A, C y E) e hipogloso (B, D y F). (A y C) Microfotografías (objetivo 10X) de corte coronal de tronco de encéfalo en modelo sano (WT). (B y D) Microfotografías (objetivo 10X) de corte coronal de tronco de encéfalo en modelo de ELA (G93A). No hay diferencias en ninguno de los grupos, p >0,05.

DISCUSIÓN

A tenor de los resultados, estos demuestran una relación directamente proporcional a las comorbilidades asociadas con la ELA, concretamente la depresión (38), DFT (37), hipoventilación (39), cáncer (28), DM1 (33), dolor (40), sistema nervioso entérico (24), VIH (22), MG (31), Parkinson (17), alcoholismo (34), alexitimia (35), SPI (18), SME (41), esquizofrenia (35) y tromboembolismo (21). Además, algunos de los artículos, como la depresión asociada a la ELA (38), también la asociaba a otras enfermedades como la MG, DFT y dolor neuropático.

La DFT está vinculada a la depresión y a la enfermedad de Parkinson (37). La DFT produce cambios anímicos, trastornos de la personalidad, agresividad, e ira. Está ampliamente demostrada mediante todos tipos de estudios con sujetos

control y enfermos, más estudios post-mortem de la corteza prefrontal, que es una de las comorbilidades más importante y más ampliamente relacionada con la ELA. A parte, también se asociaba a la enfermedad de Parkinson (17) pero sin mucha credibilidad ya que la asociación no estaba bien cimentada, sin quedar claro sí la misma se desarrollaba durante la ELA o si la misma ya había hecho aparición antes. La hipoventilación (39) estaba asociada al trombo-embolismo venoso (21), en un solo estudio, que consistía en una revisión bibliográfica, poniéndose en duda si verdaderamente había sido basado en un estudio de campo o simplemente se quedaba en revisión. También la hipoventilación fue mencionada en 3 estudios relacionándola con la debilidad de los músculos de la respiración. La bronconeumonía (39) fue una de las comorbilidades más mencionadas y en relación directa con la causa de muerte más común en la ELA.

La DFT en su fase tardía, viene acompañada de debilidad de los músculos respiratorios, pero no se puede decir que ambas

estén relacionadas. Sin embargo, ambas si son enfermedades asociadas al transcurso de la ELA.

La depresión fue la comorbilidad más asociada a la ELA, concretamente a la DFT, MG y dolor neuropático. La MG es una enfermedad del sistema nervioso grave (31), que puede provocar debilidad muscular e hipoventilación. Posiblemente este estudio mezclase ambos sujetos, enfermos de ELA y enfermos de MG, perdiendo credibilidad científica Estas dos enfermedades de etiología muy distintas, son de sintomatología similar, provocando una confusión importante. Pero, a su vez, es creíble que la afectación del sistema nervioso que ocurre en la ELA, afectase también esta debilidad transitoria y grave.

El artículo sobre cáncer (28) estaba muy limitado, asociaba VIH, enfermedad que compromete el sistema inmune deprimiéndolo, con un tipo de cáncer de las mucosas y piel, el sarcoma de Kapossi (22).

También menciona que es capaz de producir leucemia. Es imposible a mi modo de ver, que el sistema inmunológico sea capaz de atacar las MNs, ya que las células afectadas no son precisamente estas.

La DM1 (33), enfermedad de las células Betas del páncreas las cuales dejan de producir insulina, está asociado a la ELA en este estudio, pero de una forma muy poco cimentada, asociada a su vez el cáncer de páncreas. También lo vinculaba al cáncer de testículos y otras glándulas secretoras, de una forma poco esclarecedora al respecto.

El Trombo-embolismo venoso (21) también tiene su repercusión indirecta pero importante. Los trombos formados durante los largos períodos de inmovilización de personas con ELA, los hacen más predispuestos a que un trombo se desprenda y viaje hacia el pulmón. provocando su muerte inmediata.

Quizá una de las comorbilidades más importantes junto a la DFT, y con mayor cimentación fuese el dolor neuropático y los trastornos del sistema nervioso entérico (24). Ambas enfermedades sí tienen una gran asociación, debido a que, en ambos casos, el sistema nervioso motor se ve afectado; recordemos que los síntomas de la ELA comprendían movimientos involuntarios como fasciculaciones y contracturas altamente dolorosas.

Enfermedades como el alcoholismo (34), alexitimia (35) y esquizofrenia (35), están vinculados directamente a la DFT y a la depresión, pero no son enfermedades concomitantes al transcurso de la enfermedad, más bien podrían detonar el inicio en sujetos predispuestos.

Por último, el síndrome de piernas inquietas (SPI) (18) y SME (41) son enfermedades menos estudiadas, pero de gran importancia. Los nervios que producen ambas enfermedades

también afectan a las MNs, provocando movimientos involuntarios como fasciculaciones, distonías y contracciones involuntarias.

Respecto a la muerte neuronal en una sección de MNs lumbares enfermas, demuestra de forma muy evidenciable las pocas neuronas que quedan en los sujetos enfermos de ELA, algunas de las cuales están bastante vacuolizadas, en comparación con los sujetos sanos. El desorden o disfunciones de las sinapsis, a la sinaptopatía, pueden ser la base de una serie de afecciones neurológicas de desarrollo y degenerativas. Existe la posibilidad de que la ELA, junto con las comorbilidades como respuesta secundaria a la ELA, pueda ser el resultado de una sinaptopatía dentro del sistema neuromotor. El extenso detalle de estas disfunciones en poblaciones neuronales vulnerables, incluidas las neuronas corticoespinales y las neuronas motoras, ha sido recientemente objeto de investigación original en roedores y

humanos (42). Si la ELA es, de hecho, una sinaptopatía, es totalmente compatible con otros mecanismos patógenos propuestos, que incluyen la excitotoxicidad del glutamato, la acumulación de proteínas mal plegadas y la disfunción mitocondrial en los terminales axón distales (neurona cortico-motora y neuromuscular) (14, 16, 42). Además, aunque el mecanismo exacto de la propagación de la enfermedad de una región a otra es desconocido, la hipótesis de la sinaptopatía es consistente con la evidencia emergente y la propagación de agregados de proteínas mal plegadas similares a priones a poblaciones neuronales distantes (42).

Aquí, en este trabajo, se centra en observaciones sinápticas de MNEs de la región lumbar de un modelo murino transgénico ELA-SOD1^{G93A}, proporcionando un marco conceptual para evaluar la hipótesis de la sinaptopatía en la ELA. La cobertura sináptica también era mayor en los sujetos control (WT) respecto a los enfermos (G93A), debido al menor

número de neuronas, filamentos y restos de otros tipos de neuronas. Estos datos irían dentro de la misma línea de trabajo de otros autores (7, 42), quienes demuestran nuevos conocimientos sobre la patogénesis de la ELA en distintos subtipos, reconociendo la reorganización sináptica en las MNs, en concreto la pérdida de densidad de botones sinápticos inhibitorios y la ganancia de sinapsis excitatorias, como un mecanismo que favorece la progresión de la enfermedad en lugar de una respuesta homeostática protectora contra eventos excitotóxicos y de hiperexcitabilidad.

Un reciente descubrimiento señala una nueva vía molecular que podría explicar este comportamiento (43). El factor de transcripción Sp1 controla la expresión de la proteína de retención p11, lo que afecta la excitabilidad al obstaculizar la expresión funcional de la subunidad de canales de K^+ tipo 1 (TASK1). En el modelo de ratón $SOD1^{G93A}$, la desregulación de Sp1-p11-TASK1 contribuye a aumentar la excitabilidad y la vulnerabilidad de las neuronas motoras. Por tanto, la

interferencia de Sp1 o p11 es neuroprotectora, retrasa la pérdida de neuronas y prolonga la vida útil del ratón G93A.

Sin embargo, la ELA es una enfermedad de carácter multifactorial que segmenta aún más las diferencias entre todos sus subtipos. Sobre ello, es reciente un trabajo que explica cómo las neuronas motoras de pacientes con ELA con mutaciones en los genes C9ORF72 (ELA-C9), una nueva mutación no descrita anteriormente, y SOD1 (ELA-G93A) exhiben distintos paisajes transcripcionales (44).

Es importante destacar que los patrones de expresión génica en las MNEs disecadas de pacientes con ELA-C9 o con ELA esporádica eran altamente concordantes entre sí. En contraste, las neuronas motoras de pacientes con mutaciones en SOD1 exhibieron firmas transcripcionales dramáticamente diferentes. Estos análisis indican que, a pesar de las similitudes en las manifestaciones externas, las firmas

transcripcionales y proteómica en las neuronas motoras de la ELA pueden variar significativamente dependiendo de la identidad de las mutaciones causales.

La dificultad de esta enfermedad radica, por tanto, en una buena comprensión de las bases moleculares y sus rutas de señalización.

CONCLUSIÓN

La ELA es una enfermedad neurodegenerativa considerada “rara”, siendo la enfermedad de la MN más común. La incidencia de la ELA está ampliamente extendida en el mundo y su incidencia se incrementa desde las últimas décadas.

Se considera que entender la ELA es una tarea compleja debido a la presencia de múltiples orígenes factoriales, a sus comorbilidades asociadas, y a la vulnerabilidad fisiológica asociada a estos pacientes.

En este trabajo se reconoce que la causa primordial de la ELA en la etapa sintomática es un deterioro crónico de la MN, siendo evidente por la acusada reducción en la población de MNs inferiores y en su cobertura sináptica. Sin embargo, sería interesante documentar e investigar sobre las causas que

predicen el inicio u origen de la muerte de la MN a través de estudios de excitotoxidad e hiperexcitabilidad celular.

Ante la ausencia de una cura, un mejor entendimiento de la ELA aseguraría una recopilación de datos provenientes de cada origen multifactorial, que podría desembocar en una mejor comprensión de la patología y, posiblemente, en el desarrollo de dianas terapéuticas en cada tipo u origen, que pudieran ayudar a interferir su avance.

Un enfoque individualizado de cada vía de señalización celular y molecular serían posible para cubrir cada una de las necesidades de cada subtipo de ELA, junto con la complementación de otras técnicas de equipos multidisciplinares y el apoyo personal de todo el ámbito sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Charcot, J.M. Amyotrophies spinales deuteropathiques sclérose latérale amyotrophique & Sclérose latérale amyotrophique. Bureaux du Progrés Médical. 1874; 2:234-66.

(2) Sanabria, M. F. Esclerosis lateral amiotrofica. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2010; 67(591), 89-92.

(3) Fearon C, Murray B, Mitsumoto H. Disorders of upper and lower motor neurons. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds.Bradley's Neurology in Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 98.

(4) Riancho, J., Gonzalo, I., Ruíz-Soto, M., Berciano, J. ¿Por qué degeneran las neuronas? Actualización en la patogenia de la esclerosis lateral amiotrófica. 2015; 830: 11.

5) van Es., M.A., Hardiman, O., Chio, A., Al-Chalabi, A., Pasterkamp, R.J., Veldink, J.H., van den Berg, L.H. Amyotrophic lateral sclerosis. Lancet. 2017;390(10107):2084-2098.
6) Holzabaur, E.L.F. Axonal transport and ALS, in Encyclopedia of Neuroscience. Ed. Larry R. Squire: Academic Press. 2009.
7) Sunico CR, Domínguez G, García-Verdugo JM, Osta R, Montero F, Moreno-López B. Reduction in the motoneuron inhibitory/excitatory synaptic ratio in an early-symptomatic mouse model of amyotrophic lateral sclerosis. Brain Pathol. 2011;21(1):1-15.
8) Feher J. The Action Potential. Quantitative Human Physiology: An Introduction. Academic Press. 2012.
9) Zapata-Zapata, C. H., Franco-Dáger, E., Solano-Atehortúa, J. M., & Ahunca-Velásquez, L. F. Esclerosis lateral amiotrófica: actualización. Iatreia. 2016; 29(2), 194-205.

10) Lennart, H. The human brain and spinal cord: functional neuroanatomy and dissection guide. Springer-Verlag. 1995.
11) Castro, D., Díaz, E., Lombardo, I., Cassina, P., & Martínez-Palma, L. Participación de los astrocitos y del transportador de glutamato EAAT2/GLT1 en la Esclerosis Lateral Amiotrófica. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay, 4, 62-74. 2017.
12) Canedo Antelo, M. Interacción entre quinasas y moléculas apoptóticas en la muerte oligodendroglial excitotóxica. Tesis doctoral –[citado 21 Septiembre 2019]. Disponible en: https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/19032/TESIS_CANEDO_ANTELO_MANUEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y . 2016.
13) Coll Capó, M. M. (2015). Bases cellulars i moleculars de l'Esclerosi lateral amiotròfica (ELA). Trabajo de Fin de Grado –[citado 21 Septiembre 2019]. Disponible en: http://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/1068/TFG_BIOLOGIA_CollCapoMariaMercedes.pdf?sequence=1&isAllowed=y .

14) Riancho, J., Gonzalo, I., Ruíz-Soto, M., Berciano, J. ¿Por qué degeneran las neuronas? Actualización en la patogenia de la esclerosis lateral amiotrófica. Neurología. 2019; 34(1):27-37.
15) Rivadeneyra-Domínguez, E., & Rodríguez-Landa, J. F. Las cícadas y su relación con algunas enfermedades neurodegenerativas. Neurología. 2014; 29(9):517-522.
16) Boillée, S., Vande-Velde, C., Cleveland, D.W. ALS: a disease of motor neurons and their nonneuronal neighbors. Neuron. 2006; 5;52(1):39-59.
17) Custodio, N., Bendezú, L., Castro-Suárez, S., Herrera-Pérez, E., Lira, D., Montesinos, R., Cortijo, P & Núñez del Prado, L. Características neuropsicológicas de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2013; 76(4):246-254.

18) Liu, S., Shen, D., Tai, H., Su, N., Ding, Q., Fu, H., Zhang, K., Wang, Z., Liu, M., Huang, Y., Cui, L. Restless Legs Syndrome in Chinese Patients with Sporadic Amyotrophic Lateral Sclerosis. Frontiers in neurology. 2018; 9: 735.
19) Orsini, M., Andorinho de Freitas Ferreira, AC., Nascimento, OJ.., de Souza, J.A., Magalhães, T.N., de Assis, A.C., Westin, L.K., Pessoa, B., Oliveira, A.B., Fiorelli, R., de Freitas, M.R., Bittencourt, J., Fiorelli, S., Moreira, M.F., Ribeiro, P. Frontotemporal dementia in amyotrophic lateral sclerosis: from rarity to reality? Neurology international. 2016; 8(2).
20) Arenas, H., Márquez,J.Jiménez Tornero,D. Arenas Moya,A.L.Díaz Moreno,I. Baltazar Sánchez. Ensañamiento terapéutico.Cirujano general. 2011; 33(Supl-2).

21) Kupelian, V., Viscidi, E., Hall, S., Li, L., Eaton, S., Dilley, A., Currier, N., Ferguson, T., Fanning, L. Incidence of Venous Thromboembolic Events Among Amyotrophic Lateral Sclerosis Patients in a US Health Insurance Claims Database (P4. 6-003). Neurology 2019; 92(15 Supplement).
22) Prior, D. E., Song, N., & Cohen, J. A. Neuromuscular diseases associated with Human Immunodeficiency Virus infection. Journal of the neurological sciences. 2018; 387:27-36.
23) McLaughlin, R.L., Schijven, D., van Rheenen, W., van Eijk, K.R., O'Brien, M., Kahn, R.S., Ophoff, R.A., Goris, A., Bradley, D.G., Al-Chalabi, A., van den Berg, L.H., Luykx, J.J., Hardiman, O., Veldink, J.H. Genetic correlation between amyotrophic lateral sclerosis and schizophrenia. Nature communications. 2017; 8:14774.
24) Rao, M., & Gershon, M. D. The bowel and beyond: the enteric nervous system in neurological disorders. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. 2016; 13(9):517.

25) Wang, Z. L., Cui, L., Liu, M., Zhang, K., Liu, S., & Ding, Q. Split-Hand Syndrome In Amyotrophic Lateral Sclerosis: Differences In Dysfunction Of The FDI And ADM Spinal Motoneurons. Frontiers in Neuroscience. 2019; 13:371.
26) Boentert, M., Glatz, C., Helmle, C., Okegwo, A., & Young, P. Prevalence of sleep apnoea and capnographic detection of nocturnal hypoventilation in amyotrophic lateral sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2018; 89(4):418-424.
27) Chen, J. H., Wu, S. C., Chen, H. J., Kao, C. H., Tseng, C. H., & Tsai, C. H. Risk of developing pressure sore in amyotrophic lateral sclerosis patients–a nationwide cohort study. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2018; 32(9):1589-1596.
28) Gibson, S. B., Abbott, D., Farnham, J. M., Thai, K. K., McLean, H., Figueroa, K. P., Bromberg, M.B., Pulst, S.M., Cannon-Albright, L. Population-based risks for cancer in patients with ALS. Neurology. 2016; 87(3):289-294.

29) Kioumourtzoglou, M. A., Seals, R. M., Gredal, O., Mittleman, M. A., Hansen, J., & Weisskopf, M. G. Cardiovascular disease and diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis: A population based study. Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration. 2016; 17(7-8):548-554.
30) Visser, A.E., Pazoki, R., Pulit, S.L., van Rheenen, W., Raaphorst, J., van der Kooi, A.J., Ricaño-Ponce, I., Wijmenga, C., Otten, H.G., Veldink, J.H., van den Berg, L.H. No association between gluten sensitivity and amyotrophic lateral sclerosis. Journal of . 2017; 264(4):694-700.
31) Gotaas, H. T., Skeie, G. O., & Gilhus, N. E. Myasthenia Gravis and amyotrophic lateral sclerosis: a pathogenic overlap. Neuromuscular Disorders. 2016; 26(6):337-341.

32) Moglia, C., Calvo, A., Canosa, A., Bertuzzo, D., Cugnasco, P., Solero, L., Grassano, M., Bersano, E., Cammarosano, S., Manera, U.; Parals, Pisano F., Mazzini L., Dalla Vecchia, L.A., Mora, G., Chiò, A. Influence of arterial hypertension, type 2 diabetes and cardiovascular risk factors on ALS outcome: a population-based study. Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration. 2017; 18(7-8):590-597.
33) Mariosa, D., Kamel, F., Bellocco, R., Ye, W., & Fang, F. Association between diabetes and amyotrophic lateral sclerosis in S weden. European journal of neurology. 2015; 22(11):1436-1442.
34) Ji, J., Sundquist, J., & Sundquist, K. Association of alcohol use disorders with amyotrophic lateral sclerosis: a Swedish national cohort study. European journal of neurology. 2016; 23(2):270-275.

35) Benbrika, S., Doidy, F., Carluer, L., Mondou, A., Buhour, M. S., Eustache, F., Viader F & Desgranges, B. Alexithymia in amyotrophic lateral sclerosis and its neural correlates. Frontiers in neurology. 2018; 24(9):566.
36) Genoud, S., Roberts, B. R., Gunn, A. P., Halliday, G. M., Lewis, S. J., Ball, H. J., Hare, D.J., Double, K. L. Subcellular compartmentalisation of copper, iron, manganese, and zinc in the Parkinson's disease brain. Metallomics. 2017; 9(10):1447-1455.
37) Lattante, S., Ciura, S., Rouleau, G. A., & Kabashi, E. Defining the genetic connection linking amyotrophic lateral sclerosis (ALS) with frontotemporal dementia (FTD). Trends in Genetics. 2015; 31(5):263-273.
38) Roos, E., Mariosa, D., Ingre, C., Lundholm, C., Wirdefeldt, K., Roos, P. M., & Fang, F. Depression in amyotrophic lateral sclerosis. Neurology. 2016; 86(24): 2271-2277.

39) Georges, M., Attali, V., Golmard, J. L., Morélot-Panzini, C., Crevier-Buchman, L., Collet, J. M., Tintignac, A., Morawiec, E., Trosini-Desert,V., Salachas, F., Similowski, T., Gonzalez-Bermejo, J. Reduced survival in patients with ALS with upper airway obstructive events on noninvasive ventilation. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2016; 87(10):1045-1050.
40) Chio, A., Mora, G., & Lauria, G. Pain in amyotrophic lateral sclerosis. The Lancet Neurology. 2017; 16(2):144-157.
41) Eisen, A., Braak, H., Del Tredici, K., Lemon, R., Ludolph, AC., Kiernan, MC. Cortical influences drive amyotrophic lateral sclerosis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2017;88(11):917-924.
42) Fogarty, MJ. Amyotrophic lateral sclerosis as a synaptopathy. Neural Regen Res. 2019;14:189-92.

43) García-Morales, V., Rodríguez-Bey, G., Gómez-Pérez, L., Domínguez-Vías, G., González-Forero, D., Portillo, F., Campos-Caro, A., Gento-Caro, A., Issaoui, N., Soler, R.M., Garcera, A., Moreno-López, B. Sp1-regulated expression of p11 contributes to motor neuron degeneration by membrane insertion of TASK1. Nature Communications. 2019;10:3784.
44) Wong, C.O., Venkatachalam, K. Motor neurons from ALS patients with mutations in C9ORF72 and SOD1 exhibit distinct transcriptional landscapes. Hum Mol Genet. 2019;. pii: ddz104.

TEMA 50. EL TCAE EN LOS CUIDADOS POST MORTEM.

- ROBERTO BAILON GONZALEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. OBJETIVOS.
3. METODOLOGÍA.
3. RESULTADOS.
4. CONCLUSIONES.
5. BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

Se define muerte como el cese total y definitivo de todas las funciones vitales del organismo. La expresión Post mortem que procede del latín y significa “después de la muerte “ es usada muy frecuentemente en el mundo sanitario. El termino post mortem se usa habitualmente para hacer alusión a la exploración médica de los cadáveres con el objetivo de obtener la máxima información sobre las posibles causas y las posibles circunstancias de la muerte de un persona . El médico forense tiene como función realizar un detallado y profundo examen post mortem del cadáver, en el que es necesario obligatoriamente recopilar toda la información y que esta información sea muy concreta y especifica : desde el aspecto visual del rigor mortis , hasta el tono en el color del cadáver, la textura de la piel o cualquier dato que sea relevante para aportar información.

Los signos de muerte serán conocidos por el TCAE, el cese del bombeo cardiaco y de la respiración, inmovilidad, perdida sensitiva y desaparición de los pulsos son estos signos. Hay que tener siempre muy en cuenta que después de la interrupción de las todas la funciones vitales de una manera definitiva provoca la descomposición del cuerpo en su totalidad. Los cuidados post mortem tienen la finalidad y el objetivo de preparar el cadáver lo mas rápido posible, para de esa manera evitar el deterioro de los tejidos corporales debido a la gran cantidad de cambios físicos que experimenta el cuerpo después de muerto. El principal objetivo que buscan los cuidados post mortem en enfermería es el de mantener la integridad del cadáver el mayor tiempo posible. Todo este proceso se hará siempre tratando el cuerpo del paciente con la máxima dignidad, sensibilidad y el máximo respeto, y de la misma manera se dará toda la atención necesaria a los familiares en el proceso de duelo.

OBJETIVOS

Conocer los protocolos que sigue el equipo sanitario de un centro hospitalario en la gestión de un fallecimiento y explicar y dar a entender el importante papel que desempeña el TCAE en la realización de cuidados post mortem, tanto al cuerpo del cadáver en su preparación, como en el papel empático que nace por la cercanía que a diario existe en la relación TCAE-familia.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática para el estudio del trabajo en diversas bases de datos (Dialnet, Scielo y Cuiden), para ello se han empleando los siguientes descriptores: Cuidados, familia, respeto, muerte, TCAE, fallecido. Del mismo modo se ha revisado la norma funcional de los cuidados post mortem del Hospital Universitario central de Asturias y paginas webs relacionadas con el tema.

RESULTADOS

La declaración de la muerte del paciente se registra en la historia clínica, donde debe figurar la hora exacta de la muerte y si fuera el caso, se debería registrar cualquier intervención previa que se hubiera llevado a cabo antes de la del fallecimiento. El médico es el encargado de hacer el registro de los datos anteriormente mencionados, y de posteriormente cumplimentar el certificado de defunción, donde deberá constar la hora y las causas de la muerte.

Certificada la muerte del paciente por el médico, comenzarán los cuidados post mortem. El personal sanitario debe preservar la intimidad y la privacidad del fallecido y de su familia, y respetar sus prácticas culturales o religiosas.

Se deberá desalojar la habitación cuando el fallecido reste en una habitación compartida, si por circunstancias esa situación no fuera posible, se deberá colocar obligatoriamente un biombo o una cortina que los aísle. Se pedirá a la familia que abandone la habitación mientras el TCAE y la enfermera realizan los cuidados post mortem. Se situará al difunto en posición decúbito dorsal, seguidamente se retiraran todos los tubos, catéteres, sondas, vías o drenajes que pudiera tener el paciente conectado. Todo este proceso tiene que llevarse a cabo con mucho cuidado y mucha precaución, debido a las perdidas de líquidos corporales internos del paciente por los orificios de los drenajes, líquidos como sangre, sueros, medicaciones pueden llegar a salir en cantidades excesivas, si fuera necesario aspirar las secreciones.

La rigidez corporal es un factor también determinante y es algo a tener muy en cuenta a la hora de realizar los cuidados por parte de el TCAE, debido a que el tejido muscular se pone rígido casi inmediatamente después de la muerte, con lo cual la dificultad para los movientes del cuerpo serán mas complicados a medida que transcurra el tiempo desde el mismo momento del exitus. Los siguientes pasos a realizar por el TCAE en los cuidados post mortem será el lavado minucioso del cuerpo y su secado, se hará el cambio de los apósitos sucios por unos apósitos limpios y si fuera necesario deberán taponarse con algodón los orificios naturales y colocar una toalla debajo de la barbilla para que la mandíbula permanezca cerrada en todo momento. Todos los objetos de valor tienen que ser retirados y posteriormente entregados a la familia, que deberá firmar un impreso donde conste el hecho de haber recibido las pertenencias de su familiar.

En el caso de que el fallecido usara dentadura postiza, se le colocara siempre que sea posible. Una solución para cerrar los labios es sellarlos con una película de aerosol. Todas y cada una de las heridas abiertas deberán cubrirse con vendas limpias. Cuando la muerte se produce o se haya producido como consecuencias de alguna enfermedad de tipo infeccioso, el cuerpo debe tratarse de manera muy especial y siguiendo todos y cada uno de los protocolos implantados, para que de esta manera se consiga evitar la contaminación. El cambio de la ropa de cama, la recogida de todo el material, el acto cubrir al fallecido con una sábana, hacerle la entrega de la bolsa con las pertenencias del fallecido a su familia, son los últimos pasos de los cuidados post mortem, que finalizan con el traslado del cadáver al deposito, que deberá ser realizado por el equipo de celadores.

Para finalizar todo el proceso de los cuidados post mortem se avisará al servicio de limpieza para que en la mayor brevedad posible limpie y desinfecte la habitación o el box correspondiente en el que ha estado ingresado el paciente, siempre respetando los protocolos implantados sobre limpieza hospitalaria en caso un fallecimiento. La habitación quedara preparada para que el servicio de admisión la solicite cuando fuera necesario. El TCAE hará la revisión de que todo esta correcto para el ingreso de un nuevo paciente en la unidad.

CONCLUSIONES

Los cuidados post mortem realizados por el TCAE incluyen dos aspectos muy diferenciados, pero los dos de igual importancia, por un lado los cuidados en la preparación del cadáver con la colaboración de la enfermera para su posterior envió al mortuorio, y por otro lado la atención que se le presta a los familiares y amigos del fallecido, que esta basada en el respeto total a su duelo , en el apoyo a sus necesidades y en la preocupación por su triste y difícil situación, la cercanía que el TCAE tiene a diario tanto con pacientes como con familiares, hace de la empatía uno de los pilares básicos en los cuidados post mortem, y en ellos el TCAE es un pilar fundamental.

Por otro lado, la función principal en la preparación del cadáver es la de intentar ayudar en la medida de sus posibilidades a conservar el tejido del cuerpo en el mejor de los estados que se pueda, por que de esa manera se ayudara a reducir los problemas que puedan surgir en la preparación del cuerpo del fallecido para el funeral. Los cuidados post mortem son un conjunto de acciones que realiza el personal de enfermería después de la muerte del paciente. Sobre todo representan un gesto de respecto hacia el cuerpo del fallecido, con el fin de dar ayuda, apoyo, y con ello intentar que las familias afloren los sentimientos con el menor impacto posible ante el shock del fallecimiento de su familiar.

BIBLIOGRAFÍA

https://enferlic.blogspot.com/2012/06/cuidados-de-enfermeria-en-post-mortum.html

https://www.definicionabc.com/ciencia/post-mortem.php

http://tanatoesteticaytanatopraxia.es/cuidados-post-mortem/

https://docplayer.es/22576461-Protocolo-cuidados-post-morten.html

https://www.ehowenespanol.com/realizar-cuidados-postmortem-como_137226/

https://docplayer.es/310272-Protocolo-cuidados-post-morten.html

TEMA 51. SEDENTARISMO.

- **MARINO ARECES FERNÁNDEZ**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.
II. SEDENTARISMO Y ENFERMEDADES.
III. SEDENTARISMO Y EDAD.
IV. SEDENTARISMO Y GÉNERO.
V. SEDENTARISMO Y CLASE SOCIAL.
VI. O.M.S.
VII. CONCLUSIÓN.
VIII. BIBLIOGRAFÍA.

I. INTRODUCCIÓN

La inactividad física se define por unos niveles de actividad física menores a los recomendados para una salud óptima y la prevención de una muerte o aparición de enfermedades prematuras. Desde un punto de vista de salud pública, se considera a una persona como físicamente inactiva cuando no cumple con las recomendaciones de la OMS.

La inactividad física constituye uno de los factores de riesgo de muerte prematura más importante en todo el mundo, superando ya al consumo de tabaco y solo por detrás de la hipertensión y el exceso de glucosa en sangre.

II. SEDENTARISMO Y ENFERMEDADES

La práctica de actividad física supone un beneficio enorme en todas las dimensiones de nuestra vida diaria, pero sin duda el efecto de la actividad física sobre la salud y el bienestar físico y mental es el más activo, incluso con niveles de práctica de actividad física reducida.

En base a estadísticas realizadas, se puede confirmar, la importancia que tiene ser físicamente activo para proteger y mantener nuestra salud, en principio con cualquier nivel de actividad física, pero especialmente cuando se realiza entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana.

III. SEDENTARISMO Y EDAD

El ejercicio regular proporciona grandes beneficios para la salud a cualquier edad, pero es más necesario realizar actividad física a medida que la edad avanza. Como consecuencia del envejecimiento y las enfermedades que desarrollamos con la misma, perdemos autonomía e independencia, lo que nos vuelve todavía más inactivos, aumentando el riesgo de sufrir enfermedades.

Según diversas encuestas de salud, el porcentaje de la población que se declara completamente inactiva aumenta cuanta más edad tenemos hasta el grupo de edad de entre 45 y 54 años. Por otro lado, en contra posición, en el grupo de entre 65 a 74 años se han reducido enormemente los valores de inactividad, hasta alcanzar el grupo de edad de entre 15 a 24 años.

IV. SEDENTARISMO Y GÉNERO

Las mujeres son históricamente más inactivas en su tiempo libre en comparación con los hombres y realizan menos ejercicio de manera sistemática, siendo su practica deportiva también menor en comparación con los mismos.

En la actualidad a pesar de que siguen siendo más inactivas que los hombres, se manifiesta una reducción en la prevalencia de mujeres sedentarias.

Si lo analizamos desde otro punto de vista, el de la mujeres activas que practican actividad física regularmente durante la semana, observamos que el porcentaje que entrena regularmente se ha reducido levemente, siendo esta reducción inferior a la observada en los hombres.

V. SEDENTARISMO Y CLASE SOCIAL

Observando de manera aleatoria una comunidad autónoma, como por ejemplo Asturias se aprecia a través de diversos informes que el 15,6% de las personas con situaciones económicas favorables realizan ejercicio físico, un porcentaje que cae al 6,9% entre la clase con menos recursos.

De hecho, el sedentarismo está presente entre un 25,1% en la clase social más elevada frente a un 37% entre quienes menos recursos tienen.

VI. O.M.S

Según la O.M.S. la actividad física regular:

- Reduce el riesgo de muerte prematura.
- Reduce el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular, que representa un tercio de la mortalidad.
- Reduce hasta en un 50% el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II o cáncer de colón.
- Contribuye a prevenir la aparición de la osteoporosis.
- Disminuye el riesgos de padecer dolores lumbares y de espalda.
- Contribuye al bienestar psicológico, reduce el estrés, la ansiedad, la depresión y los sentimientos de soledad.
- Ayuda a controlar el peso disminuyendo el riesgo de obesidad hasta en un 50%.
- Ayuda a desarrollar y mantener sanos los huesos, músculos y articulaciones.

VII.CONCLUSIÓN

El sedentarismo es un problema que se viene incrementando en los últimos años, quedando demostrado que la actividad física ayuda a reducir el riesgo de padecer enfermedades y controlar el sobrepeso, entre otros beneficios.

Por todo ello, es necesario fomentar un estilo de vida saludable, en todos los ámbitos de la vida, desde el social hasta el laboral, sobre todo en este último ya que 1/3 del día lo pasamos trabajando.

VIII.BIBLIOGRAFÍA

Artículos de revistas:

- **Informe sobre la inactividad física y el sedentarismo en la población adulta española.** Xian Mayo, Fernando del Villar, Alfonso Jiménez.

Páginas web:

- http://madridsalud.es/sedentarismo-y-salud/

TEMA 52. TABACO, SALUD Y GÉNERO.

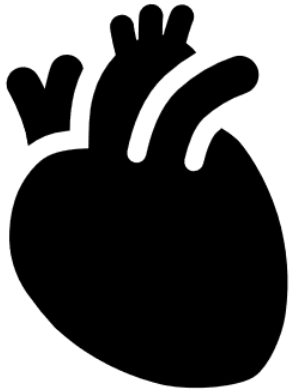
- **LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.
II. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA.
III. POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.
IV. POR NIVEL SOCIOCULTURAL.
V. FUMADORES PASIVOS.
VI. TIPOS DE CÁNCER RELACIONADOS AL TABACO.
VII. CONCLUSIÓN.
VIII. BIBLIOGRAFÍA.

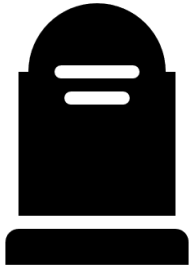
I. INTRODUCCIÓN

El consumo de tabaco es la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo.



52.000 muertes anuales en España

25% de la población sigue siendo fumadora



II. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

En España:

- El 25% de la población sigue fumando.
- El 22,7% dice que lo hace a diario.
- El 2,3% de manera ocasional.
- El 26,1% se refieren a sí mismo como ex fumadores/as y el resto se considera no fumador.

Las estadísticas muestran que hay más hombres que fuman que mujeres fumadoras. Atendiendo a los rangos de edad, se aprecia una diferencia entre los 24 y 54 años donde se concentra el mayor numero de personas fumadoras.

III. POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Por comunidades autónomas, son Extremadura y la Región de Murcia las comunidades donde más se fuma, seguidas de Andalucía.

Si se observa la información por sexo, se observa que es también Extremadura donde existe mayor porcentaje de hombres fumadores diarios y es la Región de Murcia donde se encuentra el mayor porcentaje de mujeres fumadoras diarias.

IV. POR NIVEL SOCIOCULTURAL

Si estudiamos los porcentajes de personas fumadoras con ingresos del hogar, se aprecia una relación inversamente proporcional de tal forma que, a menor nivel de ingresos del hogar, mayor porcentaje de fumadores.

En cuanto al nivel educativo, son aquellas personas con un nivel de estudios medios (ESO o grado FP) los que concentran más porcentaje de personas que fuman.

V. FUMADORES PASIVOS

Antes de la aplicación de la Ley Antitabaco, el 47,5% de la población refería que nunca o casi nunca estaba expuesta al humo ajeno y esa proporción ha aumentado hasta el 84,4% en 2014 (después de la citada ley).

Es un incremento del 37%, resultado directo de la puesta en marcha de la mencionada ley ya que disminuyo el consumo de tabaco en áreas comunes y por lo tanto, la exposición al mismo.

Cabe destacar que gracias a la Ley Antitabaco se observaron unos claros beneficiados, los menores de edad.

VI. TIPOS DE CÁNCER RELACIONADOS AL TABACO

Alrededor de 15 tipos de cáncer se relacionan al tabaco, si bien es el cáncer de pulmón el que más frecuentemente se relaciona con el mismo.

El resto de los 15 tipos de cáncer están provocados, en un porcentaje significativo, por el consumo del tabaco.

Algunos de los porcentajes de incidencia del cáncer con motivo del tabaco son:

- 11% cavidad nasal y paranasal.
- 33% cavidad bucal.
- 35% esófago.
- 84% laringe.
- 50% vejiga.

VII.CONCLUSIÓN

El consumo de tabaco en España ha ido descendiendo con el tiempo, pero aun existe un porcentaje de la población española que sigue siendo fumadora, y de entra esa población con mayor incidencia en hombres que en mujeres.

Gracias a la legislación vigente ha disminuido significativamente el volumen de población fumadora.

Proporcionando la máxima información posible a la sociedad, se logrará una mayor sensibilización, consiguiendo una reducción en el consumo del tabaco.

VIII.BIBLIOGRAFÍA

Artículo de revistas:

- **AECC "Asociación Española contra el Cáncer":** "Tabaquismo y cancer en España. Situación Actual"

Página web: OMS:

- https://www.who.int/features/qa/60/es/
- http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco

TEMA 53. TRABAJO A TURNOS / NOCTURNO.

- **MARINO ARECES FERNÁNDEZ**

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN
II. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO A TURNOS / NOCTURNO.
III. ALTERACIONES
    I. EN EL SUEÑO
    II. SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR.
    III. SOBRE LA ACTIVIDAD LABORAL Y EL TRABAJO.
    IV. SOBRE LA VIDA SOCIAL Y FAMILIAR.
IV. MEDIDAS PREVENTIVAS.
V. CONCLUSIONES
VI. BIBLIOGRAFÍA

I. INTRODUCCIÓN

Una de las características de la organización del trabajo en el sector sanitario es la necesidad de desarrollar el trabajo mediante turnos, para poder dar una cobertura amplia, una asistencia adecuada y un servicio público sanitario a la sociedad.

El problema es que el ser humano está sometido a ritmos biológicos que influyen en el funcionamiento de su organismo. Estos ritmos biológicos se llaman ritmos circadianos y coinciden con los estados de vigilia y sueño.

En general, se puede decir que nuestro organismo está “biológicamente programado” para la actividad diurna y el descanso nocturno, por lo que el trabajo nocturno debe ser considerado como antinatural.

II. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO A TURNOS / NOCTURNO

- La alteración de los ritmos biológicos, dada la falta de regularidad en los horarios de trabajo y de descanso.
- La necesidad de un esfuerzo adicional para desarrollar la actividad.
- No haber variación en los niveles productivos requeridos en función del turno o del ritmo biológico.
- La redistribución de todas las actividades (comidas, ocio, descanso, etc) en función del horario de trabajo.
- El ritmo de vida diferente al del entorno social y familiar.

III. ALTERACIONES

- En el sueño.
- Sobre la salud y el bienestar.
- Sobre la actividad laboral y el trabajo.
- Sobre la vida social y familiar.

EN EL SUEÑO

El sueño comprende dos fases:

a) Sueño lento: en esta fase se da un período inicial de sueño ligero.
b) Sueño rápido: se trata de un sueño mas profundo, en el que las constantes fisiológicas y el tono muscular disminuyen. Esta fase permite la recuperación física del organismo.

Para recuperar la fatiga diaria es necesario dormir, con variaciones individuales, alrededor de 7 horas durante la noche de manera que puedan darse todas las fases.

En el trabajo a turnos, no es posible, ya que el sueño se ve alterado, no produciéndose nunca una adaptación al cambio horario. Ello hace que se vaya acumulando la fatiga, provocando, a largo plazo, la aparición de un estado de fatiga crónica que produce alteraciones en el sistema nervioso, enfermedades digestivas y del aparato circulatorio.

SOBRE LA SALUD Y EL BIENESTAR

- Trastornos gastrointestinales: pérdida del apetito, gastritis, digestiones difíciles …
- Trastornos nerviosos: sensación de abatimiento, dificultad para pensar, ansiedad, depresión …
- Incremento de la probabilidad de sufrir enfermedades coronarias, cáncer ..
- Perturbaciones en los ciclos y duración de la menstruación, infertilidad, abortos …
- Mayor gravedad de los accidentes y aumento del numero de accidentes de trabajo.
- Mayor tendencia al consumo del alcohol, tabaco, tranquilizantes, somníferos …

SOBRE LA ACTIVIDAD LABORAL Y EL TRABAJO

- Aumento del número de errores.
- Disminución del rendimiento.
- Disminución de la capacidad de control.
- Aumento del absentismo laboral.
- Insatisfacción en el trabajo.
- Disminución de la seguridad en el trabajo, por lo que hay mas accidentes y de mayor gravedad.

SOBRE LA VIDA SOCIAL Y FAMILIAR

- Empobrecimiento de las relaciones sociales y familiares, debido a la falta de tiempo y a la acumulación de cansancio.
- Pérdida de amistades al no tener los mismos horarios.
- Dificultad para disfrutar del tiempo de ocio.

IV. MEDIDAS PREVENTIVAS

Dado que en el ámbito sanitario no pueden eliminarse los turnos de trabajo, algunas medidas preventivas que pueden hacer disminuir los efectos negativos de la turnicidad y nocturnidad en la salud de los trabajadores son:

a) Aligerar el tipo de comida, disminuyendo la cantidad de lípidos y reemplazando los embutidos y fiambres por pollo, queso y fruta fresca.
b) Durante las pausas en la jornada laboral destinadas al descanso, tomar al menos una comida caliente.
c) Dormir un poco antes de ir a trabajar el primer día del turno de noche, para evitar períodos de somnolencia.
d) Prever los cambios de turnos con antelación. Al salir de los turnos de noche, tener un corto sueño al llegar a casa y acostarse por la noche un poco antes.

V. CONCLUSIÓN

El trabajo a turnos tiene consecuencias negativas que pueden aparecer tanto a corto como a largo plazo. La imposibilidad de su erradicación en el ámbito sanitario, no quiere decir que deba ignorarse la probabilidad de reducir sus efectos sobre la salud de los trabajadores.

En muchos casos la falta de formación e información de los trabajadores en hábitos y conductas de vida saludables contribuyen a no minimizar su repercusión.

VI. BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- **NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos.**
- **NTP 310: Trabajo nocturno y trabajo a turnos: alimentación.**

Artículo de revistas:

- **Guía Básica de Riesgos Laborales Específicos en el sector sanitario.** Secretaría de Salud Laboral CC. OO. Castilla y León.

TEMA 54. LISTERIOSIS: UN PROBLEMA ACTUAL DE SALUD PÚBLICA Y SOCIAL

LORENA PORTILLA GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- SINTOMATOLOGÍA
- FACTORES DE RIESGO
- PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La listeriosis es una enfermedad grave, pero se puede prevenir y tratar.

Esta infección se contrae por estar en contacto con alimentos y objetos contaminados con la bacteria *Listeria monocytogenes* (*L monocytogenes*) que es un bacilo Gram Positivo.

Estas bacterias se encuentran ampliamente en la naturaleza: suelos, agua, vegetación y animales.

La vía de transmisión más importante es a través de los alimentos contaminados que se ingieren, ya que no han pasado un adecuado proceso térmico antes de su consumo.

Dichos alimentos pueden ser: leche, quesos blando no pasteurizados, alimentos cárnicos preparados, vegetales no lavados y pescados ahumados.

También se puede transmitir de forma vertical de madre a hijo por vía trasplacentaria o por el canal del parto. Y de forma nosocomial y de contacto directo con animales infectados.

SINTOMATOLOGÍA

El periodo de incubación es variable, desde menos de 1 día a 70 días, aunque la media se registra en unos 21 días.

Este periodo suele ser más largo en embarazas y más corto en los cuadros leves.

Los síntomas se pueden clasificar en:

- LEVES: Sin fiebre o febrícula, Síndrome pseudogripal y Gastroenteritis sin fiebre.

- MODERADOS: Fiebre >38ºC con o sin otros síntomas. Infecciones localizadas: artritis, endocarditis y abscesos.

- GRAVES: Datos sugestivos de sepsis, infección grave y/o meningitis.

FACTORES DE RIESGO

- Embarazo
- Inmunosupresión
- Trasplante
- Ancianidad
- Lactantes (<3-6 meses)

En mujeres embazadas cualquiera de las anteriores y/o uno de los siguientes: aborto espontaneo, mortinato, parto prematuro.

En neonatos o mortinatos, durante el primer mes de vida, al menos uno de estos cinco signos: septicemia, disnea, granulomatosis infantiséptica, meningitis o meningoencefalitis, lesiones cutáneas, mucosas o conjuntivales.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Como medida de precaución se aconseja a las personas que tengan cuidado con los posibles productos contaminados, que no los ingieran y eviten la contaminación cruzada.
Es importante asegurarse de tener una correcta higiene en superficies y utensilios que puedan estar en contacto con los alimentos.
En caso de notar algún síntoma, acudir al centro de salud.
Se recuerda a las personas de mayor riesgo, que deben consumir solamente carnes cocinadas perfectamente, productos lácteos pasteurizados y calentar las sobras de las comidas. Además deben evitar alimentos preparados listos para consumir.

BIBLIOGRAFÍA

- https://medlineplus.gov/
- https://www.mscbs.gob.es/
- Bases de Datos del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Dirección de Enfermería.
- Web interna del Hospital Central Universitario de Asturias

TEMA 55. RIESGOS PSICOSOCIOLÓGICOS.

- ELENA GONZALEZ LÓPEZ
- MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA
- MARTA VELASCO ARRANZ
- ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS

ÍNDICE

- CONCEPTO DE ESTRÉS
- FUENTES DE ESTRÉS
- CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y VARIABLES SOCIALES
- CONSECUENCIAS

CONCEPTO DE ESTRÉS

Actualmemte el estrés laboral se considera como un desequilibrio sustancial entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas.

Según este concepto el estrés aparecerá cuando las capacidades de las que dispone el individuo, no sean suficientes para afrontar las demandas del entorno, siendo todo esto como una situación amenazante para su equilibrio.

FUENTES DE ESTRES

Las fuentes de estrés pueden clasificarse en:

- Sucesos vitales intensos y extraordinarios: situaciones de cambio que aparecen en la vida.
- Sucesos diarios estresantes: se repiten con frecuencia en el tiempo y pueden provocar consecuencias muy graves.
- Sucesos de tensión crónica mantenida: situaciones que generan estrés durante un periodo de tiempo más o menos largo.

FUENTES DE ESTRES

Concepto de estresor: se deriva directamente de las fuentes de estrés que encontramos en nuestro trabajo.
En la rama sanitaria en general, existen multitud de estresores, van a destacar:

1. Estresores del ambiente físico: situaciones del ambiente que nos rodea (iluminación, ruido, climaticación…)
2. Estresores de la tarea: se refiere al tipo de trabajo que se desempeña (sobrecarga de trabajo, carga mental de trabajo, ausencia de control sobre la tarea…)
3. Estresores de la organización: referidos a la empresa (antigüedad de rol, malas relaciones personales, ausencia de promoción…)
4. Estresores externos a la organización: hace referencia a la relación trabajo-familia.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y VARIABLES SOCIALES

Las características personales y sociales inherentes a cada individuo, se manifiestan unas veces favoreciendo el estrés y otras veces como amortiguadores del mismo.

Las características personales que influyen sobre el estrés son:

1. Rasgos de personalidad: cualidades de la persona que permiten explicar la coherencia de su conducta y que a su vez diferencias a cada individuo (la personalidad tipo A, la rigidez, la introversión, la dependencia y la ansiedad)
2. Necesidades del individuo: Si no se cubren las necesidades del individuo aparecen situaciones de tensión y disconfort como falta de intimidad, falta de reconocimiento personal, ausencia de autorrealización.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y VARIABLES SOCIALES

3 Las aspiraciones personales: son deseos de realizar lo que uno se propone.

4. Las expectativas individuales: esperanzas que tiene el individuo para conseguir ciertos beneficios en su trabajo.
5. Las actitudes valores y roles: la importancia que otorga el individuo a su trabajo y relaciones de poder y autoridad.
6. Formación, destrezas y conocimientos adquiridos: son los recursos que nos da la experiencia que nos permite afrontar situaciones susceptibles de generar tensión.
7. La capacidad intelectual y emocional: a menor capacidad intelectual y emocional son más vulnerables al padecimiento de estrés.

CONSECUENCIAS

En la rama sanitaria inciden numerosos estresores que se relacionan directamente con el deterioro de la salud, apareciendo 3 tipos de consecuencias del estrés:

1. Fisiológicas: son las encargadas de preparar al organismos para hacer frente o huir del estrés. En presencia de un estresor el organismo se adapta.
2. Psíquicas: son mecanismos de defensa que el individuo, de forma inconsciente pone en marcha para adaptarse a situaciones que le provocan tensión.
3. Sociales y laborales: El estrés en el trabajo se relaciona directamente con la calidad y cantidad de nuestro trabajo. Esta relación es inversamente proporcional ya que, a mayor estrés, menor cantidad y calidad de trabajo y viceversa

BIBLIOGRAFÍA

Ciencias psicosociales aplicadas a la salud. Interamericana MCGrow-Hill.

SATSE. Guía para la prevención del estrés.

Julio Bobes García. Salud mental: enfermería y psiquiatría

TEMA 56. CONDICIONES DE TRABAJO. LABORATORIOS CLÍNICOS.

- MARTA VELASCO ARRANZ
- ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS
- ELENA GONZÁLEZ LÓPEZ
- MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- SEGURIDAD EN EL LABORATORIO
- LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS
- PRIMEROS AUXILIOS EN EL LABORATORIO

INTRODUCCIÓN

El laboratorio es un local dispuesto y equipado para la investigación, experimentación y otras tareas científicas, técnicas o didácticas.

En la actualidad, tanto la disposición de los bancos como la distribución de los servicios y los sistemas de seguridad en un laboratorio es muy diferente según el tipo de laboratorio.

En el siglo XIX se construyeron los primero laboratorios con bancos, armarios, cajones y estantes en la parte superior para colocar los reactivos.

En el siglo XX se facilitó la disposición de los servicios de manera horizontal o mediante conductos verticales. Estos servicios consisten, como mínimo, en el suministro de agua, gas y electricidad.

La evolución ha sido diferente según la finalidad del laboratorio. Por lo que actualmente se pueden encontrar una gran variedad entre los mismos.

SEGURIDAD EN EL LABORATORIO

Toda sustancia química debe ser considerada un tóxico en potencia, por lo que la manipulación debe realizarse con mucho cuidado y conociendo las consecuencias de dicha manipulación.

Aunque los laboratorios han sido diseñados para que los riesgos sean mínimos se debe tener en cuenta una serie de precauciones y seguir unas normas de seguridad básicas:

- Conocer las salidas de emergencia y la localización y utilización de los extintores, lavaojos y equipos de emergencia.
- Mantener el área de trabajo limpia y ordenada. Todos los equipos deberán ser instalados en lugares apropiados, con buena iluminación, ventilación y sistemas de seguridad correspondientes.

SEGURIDAD EN EL LABORATORIO

- Utilizar una bata de laboratorio siempre abrochada.
- Evitar el contacto con fuentes de electricidad y calor.
- Apagar los aparatos eléctricos antes de manipular conexiones.
- Usar guantes y gafas de seguridad cuando se requieran.
- No guardar ni consumir alimentos y bebidas dentro del laboratorio.
- Todos los productos inflamables se deben almacenar en un lugar adecuado, separados de los ácidos y las bases y de los reactivos oxidantes.
- En la campana de extracción de gases no se deben almacenar productos químicos ni otro tipo de materiales.

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Los departamentos con los que cuenta un laboratorio de análisis clínicos son:

- Hematología: se realizan biometrías hemáticas en analizadores automáticos y estudios citológicos diferenciales.
- Coagulación: determinación de tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina.
- Bioquímica: determinación de glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, enzimas cardíacas, perfil hepático, perfil tiroideo, electrolitos. Se utilizan analizadores automáticos.
- Parasitología: estudios coproparasitoscópicos y protocolos de heces.

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

- Banco de sangre: estudio clínico y análisis de laboratorio a donadores, extracción de sangre a donadores, fraccionamiento de la sangre para obtener paquetes globulares, plasma, concentrados plaquetarios, pruebas de compatibilidad entre donador y receptor.
- Microbiología: estudios directos y cultivos de muestras clínica en busca de bacterias aerobias y anaerobias, mycobacterias y hongos. Pruebas de sensibilidad a antimicrobianos.
- Uroanálisis: examen general de la orina.

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Hemos citados algunos de los departamentos más comunes que se pueden encontrar en la mayoría de los hospitales y clínicas aunque también podemos encontrar laboratorios de exámenes especiales o laboratorios donde se hacen pruebas cutáneas como la de la tuberculina.

PRIMEROS AUXILIOS EN LABORATORIO

1) *Cortes* y *heridas:* Lavar la parte del cuerpo afectada con agua y jabón. No importa dejar sangrar, algo la herida, pues ello contribuye a evitar la infección. Aplicar después agua oxigenada y cubrir con gasa grasa (linitul), tapar después con gasa esterilizada, algodón y sujetar con esparadrapo o venda. Si persiste la hemorragia o han quedado restos de objetos extraños (trozos de vidrio, etc...), se acudirá a un centro sanitario.
2) *Quemaduras* o *corrosiones.*
   - *Por fuego u objetos calientes*. **No lavar la lesión con agua.** Tratarla con disolución acuosa o alcohólica muy diluida de ácido pícrico (al 1 %) o pomada especial para quemaduras y vendar.

- *Por ácidos, en la piel.* Cortar lo más rápidamente posible la ropa empapada por el ácido. Echar abundante agua a la parte afectada. Neutralizar la acidez de la piel con disolución de hidrógenocarbonato sódico al 1%. (si se trata de ácido nítrico, utilizar disolución de bórax al 2%). Después vendar.
- *Por álcalis, en la piel.* Aplicar agua abundante y aclarar con ácido bórico, disolución al 2 % o ácido acético al 1 %. Después secar, cubrir la parte afectada con pomada y vendar.
- *Por otros productos químicos.* En general, lavar bien con agua y jabón.

- *Salpicaduras en los ojos*.

  - *Por ácidos.* Inmediatamente después del accidente irrigar los dos ojos con grandes cantidades de agua templada a ser posible. Mantener los ojos abiertos, de tal modo que el agua penetre debajo de los párpados. Continuar con la irrigación por lo menos durante 15 minutos. A continuación lavar los ojos con disolución de hidrogenocarbonato sódico al 1 % con ayuda de la bañera ocular, renovando la disolución dos o tres veces, dejando por último en contacto durante 5 minutos.
  - *Por álcalis.* Inmediatamente después del accidente irrigar los dos ojos con grandes cantidades de agua, templada a ser posible. Mantener los ojos abiertos, de tal modo que el agua penetre debajo de los párpados.

BIBLIOGRAFÍA

- Boisselier, J. Tratado de Higiene y Seguridad en el trabajo. Madrid, 1996.

- González Viedma E. Legislación sobre seguridad e higiene en el trabajo. 1990. Editorial TECNOS Madrid.

TEMA 57. El ALCOHOLISMO EN LA ACTUALIDAD.

- **YOLANDA SÁNCHEZ BUJAN**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ¿QUÉ ES Y COMO SUCEDE?
- SÍNTOMAS DEL ALCOHOLISMO
- TIPOS DE ALCOHOLISMO
- CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO
  - Nivel orgánico.
  - Nivel cerebral.
  - Nivel social.
- TRATAMIENTO Y TERAPIA
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) Tiene catalogada la enfermedad alcohólica aunque actualmente ha modificado el nombre por el de Síndrome de Dependencia del Alcohol (SDA) Y que lo define como:

un estado de cambio en el comportamiento debido al consumo continuo de bebidas alcohólicas, generando una dependencia tanto física como psicológica a pesar de las consecuencias que produce.

El alcohol es la droga legal de consumo más común, aceptado en las sociedades occidentales.

¿QUÉ ES Y CÓMO SUCEDE?

La adicción al alcohol es la didicultad que tiene en individuo para mantener un consumo moderado de bebidas alcohólicas, generando en su organismo una dependencia psíquica y física.

El alcoholismo se desarrolla de forma distinta en cada persona, dependiendo de las características de personalidad y el entorno que le rodea.

Algunas personas encuentran en el alcohol una “falsa” ayuda para superar sus miedos, timidez y para sentirse más seguros,ya que actúa como depresor del sistema nervioso.

No se puede determinar una sola causa al alcoholismo, sino que es la suma de varios factores como cantidad, frecuencia de consumo, edad de iniciación (los adolescentes son más sensibles a sus efectos), sexo (el organismo de la mujer es más vulnerable) etc… .

SÍNTOMAS DEL ALCOHOLISMO

- Beber grandes cantidades de alcohol sin llegar a embriagarse.
- Náuseas y vomitos al levantarse.
- Falta de apetito.
- Lagunas de memoria y olvidos.
- Pérdida de conciencia de la realidad y negación.
- Olvidos y despistes.
- Tolerancia y necesidad de consumir más cantidad de alcohol para conseguir los mismos efectos.
- Temblor en las manos (frecuentemente por las mañanas) que desaparecen con la ingesta de alcohol.
- Abstinencia, que es el síndrome que suele aparecer entre las 12 h Y 3 días después de la disminución del consumo de alcohol, entre sus síntomas se encuentra:ansiedad, insomnio, sudoración excesiva y disminución del estado de conciencia etc…

TIPOS DE ALCOHOLISMO.

En cuanto al origen de la enfermedad se encuentran dos grupos:

- Personas que recurren al alcohol como alivio a su sufrimiento, angustia…. Son generalmente personas depresivas o que han sufrido algún revés importante.

- jóvenes normales, sin problemas que empiezan a beber de forma habitual porque alternan con amigos. Este tipo de alcohólico "intermitente" tarda más en alcoholizarse ya que al no consumir continuamente su organismo se limpia se depura.

CONSECUENCIAS A NIVEL ORGÁNICO.

- Deterioro de los órganos internos principalmente el hígado y corazón, altera el ritmo y las pulsaciones.
- Riesgo de hepatitis, hígado graso y cirrosis, debido a las alteraciones gástricas.
- Altera la nutrición por la reducción de las vitaminas, la disminución del azúcar en sangre y aumento del ácido úrico.
- Atrofia muscula y debilidad Progresiva, deterioro de la piel…
- Descalcificacion de los huesos.
- Mala circulación de la sangre, modifica sus células y cambia la dilatación de los vasos sanguíneos.
- Impotencia en el hombre.
- Importantes daños en el feto en la mujer embaraza y en el recién nacido cuya madre ha consumido grandes cantidades de alcohol durante el embarazo.

CONSECUENCIAS A NIVEL CEREBRAL

- Muerte de las neuronas del sistema nervioso, disminuyendo así su actividad.
- Deterioro cerebral, pérdida de memoria, dificultad para pensar con claridad.
- Falta de fluidez verbal.
- Movimientos descoordinados y lentos.
- Delirium inducido por el alcohol (Delirium Tremens) :es un estado toxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración pero que a veces hace peligrar la vida del individuo.
- Alucinosis alcohólica, síntomas sicoticos q se produce tras una intensa intoxicación. Suelen ser alucinaciones auditivas amenazantes.

CONSECUENCIAS A NIVEL SOCIAL

- Dependen de varios factores como la personalidad del individuo y su situación social.
- El desajuste familiar.
- La separación conyugal, ya que el alcoholismo está vinculado a la violencia familiar y de género.
- La degradación familiar, descontrol económico y deterioro de la economía familiar.
- Problemas en el trabajo, absentismo laboral, disminución del rendimiento, accidentes y bajas médicas y pérdida del trabajo en muchas ocasiones.
- Conductas violentas, aumentando la comisión de delitos: contra la propiedad, violencia familiar… .
- Accidentes de tráfico e imprudencias temerarias llegando a provocar accidentes severos y con víctimas mortales

TRATAMIENTO Y TERAPIA

- Acudir cuanto antes a Asociaciónes de Alcohólicos Anónimos o rehabilitados donde nos informaran de pautas a seguir y terapias y reuniones donde podrán participar tanto el individuo como la familia.
- Rodearse de personas que no beban.
- Solicitar apoyo a la familia.
- Buscar actividades q le motiven.
- En la actualidad también existen terapias alternativas:
  - Terapias nutricionales :

    - vitamina C intravenosa para desintoxicar.

    - Complementos de aminoácidos ramificados.

    - Suplemento de cromo, niacina y magnesio.
  - Yoga y otras técnicas de relajación pueden ser útiles para enfrentarse a la adicción. Además fomentan la vitalidad y ayudan a superar la ansiedad.
  - Acupuntura que trata por un lado disminuir la ansiedad y por otro ayuda a sobrellevar el síndrome de abstinencia.

Bibliografía.

- FRANCISCO ALONSO-FERNÁNDEZ. Alcohol – Dependencia. Ciencias médicas Comité Editorial-Serie psiquiátrica en la sociedad. Ediciones Pirámide.
- JOAQUÍN SANTO DOMINGO. No te rindas ante….. El alcohol. Ediciones Rialp.
- PROYECTO HOMBRE. ALCOHOL.
- AULA DEL ALCOHOLISMO. ES

TEMA 58. EFECTOS DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO CON ELECTROESTIMULACIÓN INTEGRAL DE 8 SEMANAS DE DURACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL.

- **JORGE SÁNCHEZ-INFANTE GÓMEZ-ESCALONILLA**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. MATERIAL Y MÉTODOS
3. RESULTADOS
4. CONCLUSIÓN

INTRODUCCIÓN

El cambio de la composición corporal y la disminución de la capacidad funcional debido al aumento de edad de la mujer, incluso en sujetos sanos, son motivo de estudio y de gran importancia clínica en todo el mundo.

En EE.UU, todos los años, aproximadamente el 10% de los adultos mayores de 75 años pierden la independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria debido a la pérdida de algún tipo de capacidad funcional. (1)

El proceso de envejecimiento se asocia con cambios importantes en la composición corporal, además, en las mujeres pasados los 60 años, su masa muscular disminuye un 15% cada década, siendo éste, un factor importante en las caídas y la capacidad funcional en la edad avanzad (2).

Los primeros estudios de investigación sobre WB-EMS surgen en 2010 con objetivo de analizar la aplicación de esta nueva herramienta sobre la composición corporal, gasto calórico, capacidad funcional y los parámetros a utilizar en personas con edad avanzada (3).

Diferentes estudios con sujetos de edad avanzada en composición corporal y en capacidad funcional y parámetros de la EMS intentan analizar los efectos del entrenamiento WB-EMS en esta población, siendo muy criticados por la metodología empleada (3).

El objetivo del estudio fue analizar los efectos de un protocolo de entrenamiento con electroestimulación integral de 8 semanas de duración sobre la densidad mineral ósea y sobre la composición corporal en mujeres entre 40 y 60 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño que se ha utilizado ha sido el correspondiente a un estudios experimental con pre-tratamiento y post-tratamiento de grupos aleatorios.
28 mujeres activas físicamente que entrenan en un centro de día 2/días semana participaron en el estudio voluntariamente.

Variable	EMS	No EMS
Sujetos	14	14
Edad (años)	48,14±4,27	51,07±5,41
Menopausia	28,57 % (4)	42,9 % (6)
Altura (cm)	159,07 ± 5,47	158,70 ± 6,46
Peso (Kg)	64,57 ± 8,55	67,29 ± 9,22

Fig1. Características basales de las sujetos

Todos los sujetos acudían a realizar un entrenamiento a la semana a un centro de entrenamiento en el municipio de Fuensalida (Toledo), el grupo de intervención realizó un protocolo de entrenamiento de 23 min con electroestimulación portando el biotraje y haciendo uso de la máquina xbody. El grupo control realizó el mismo protocolo que el grupo de intervención pero sin la aplicación de electroestimulación.

Se admitieron a las sujetos atendiendo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Tabla1. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Que nunca hayan utilizado este entrenamiento	Hipertensión arterial
Entre 40 y 60 años de edad	Enfermedades del corazón
Sin ninguna enfermedad contraindicada	Migrañas o jaquecas diagnosticadas
1 año en en el grupo de acondicionamiento físico	Hipotiriodisimo
Que acudan 2 veces por semana mínimo a este grupo	

Parámetros de electroestimulación para el estudio

Programa 1		**Programa 2**	
Frecuencia	85 Hz	Frecuencia	10 Hz
Duración del impulso	8	Duración del impulso	Continuo
Descanso del impulso	4	Descanso del impulso	0
Ancho de impulso	350	Ancho de impulso	350
Duración	11,5'	Duración	8'
Intensidad	RPE	Intensidad	RPE

Fig 2. Parámetros de electroestimulación y utilizados

Para la medición de la composición corporal se utilizó Dual energy X-ray absorptiometry (DXA) (Lunar iDXA; GE-Healthcare, Fairfield, CT, USA) y una cinta métrica, además se pasó un cuestionario sobre estilo de vida, enfermedades y el Par-Q al principio de la investigación.

INTERVENCIÓN		
CALIBRACIÓN (Puesta de traje).	Poner el traje.	
CALENTAMIENTO 2′	- 20″ Trotar R:10″ - 20″ Subir y bajar al Step R:10″ - 20″ Sentadilla y flexión de hombro R:10″ - 20″ Saltar a la comba R: 10″	
ENTRENAMIENTO 19:30′	Fuerza 4:30′	- Sentadilla con Fitball (1:30′) - Split (Tijera) alterno (1:30′) - Sentadilla libre con press (1:30′)
	Cardio 4′	- Rodillas arriba (Skiping) (20″) r: 10″ - Talones al glúteo (20″) r:10″ - Squat jumps (20″) r: 10″ - Desplazamientos lateral (20″) r: 10″ - Abrir y cerrar piernas y brazos (Jumping jacks) (20″) r:10″ - Subir y bajar al Step (20″) r:10″ - Sentadilla con push vertical (20″) r:10″ - Sprint (20″) r:10″
	Fuerza 5′	- Curl de bíceps (1′) - Extensiones de tríceps (1′) - Elevaciones laterales (1′) - Press militar (1′) - Remo TRX (1′)
	Cardio 4′	- Rodillas arriba (Skiping) (20″) r: 10″ - Talones al glúteo (20″) r:10″ - Squat jumps (20″) r: 10″ - Desplazamientos lateral (20″) r: 10″ - Abrir y cerrar piernas y brazos (Jumping jacks) (20″) r:10″ - Subir y bajar al Step (20″) r:10″ - Sentadilla con push vertical (20″) r:10″ - Sprint (20″) r:10″
	Planchas ABD 2′	X2 Plancha abdominal (10″) r: 10″ X2 Plancha abdominal extensión de cadera alterna (10″) r: 10″ X2 Plancha abdominal abducción de cadera alterna (10″) r:10″
VUELTA A LA CALMA 1:30′	Estiramientos analíticos (Cuádriceps, isquioperoneotibiales, gemelo y sóleo, bíceps, tríceps, hombro y cuello).	

Fig 3. Protocolo de entrenamiento

Para el análisis de los datos obtenidos en el estudio se realizó las pruebas comprobar la normalidad de la muestra.
Primeramente se realizó una base de datos en la hoja de cálculo Microsoft Excel (Microsoft, España) para almacenar la base de datos y se utilizó para los cálculos estadísticos el paquete estadístico SPSS V.20.0 para Mac (SPSS INC, Chicago, II, EE.UU.).
Para un análisis detallado de los variables obtenidas se realizó un Anova de medidas repetidas de dos factores (2 x 2) con ajuste de bonferroni, para observar tanto los cambios en el pre-post del estudio como entre los dos grupos en los dos mometos del mismo. Se utilizó el criterio estadístico de significación de $P < 0.005$.

RESULTADOS

El % de grasa total en el grupo de intervención tuvo una disminución del 2,11% (Baseline: 37,04 ± 6,08; Post: 36,26 ± 5,78; p=0.034). En cambio, el grupo control tuvo una disminución del 1,47% (Baseline: 41,42 ± 2,98; Post: 40,81 ± 3,16; p=0,086).

El perímetro de cintura en el grupo de intervención disminuyó un 5,42% (Baseline: 83,00 ± 7,37; Post: 78,50 ± 7,30; p=0,000). En cambio, el grupo control tuvo una disminución del 1,57% (Baseline: 86,36 ± 9,36; Post: 85,00 ± 8,62; p=0,076).

El perímetro de cadera en el grupo de intervención disminuyó un 3,63% (Baseline: 104,80 ± 8,61; Post: 101,00 ± 6,78; p=0,000). En cambio, en el grupo control tuvo una disminución del 0,61% (Baseline: 105,43 ± 5,71; Post: 104,79 ± 6,29; p=0,352).

CONCLUSIÓN

Los resultados de estudio piloto sugieren que un programa de entrenamiento con electroestimulación global es beneficioso para algunos parámetros de composición corporal.
Hace falta estudios futuros que puedan clarificar el tipo de ejercicio más beneficioso para este tipo de entrenamiento y poder compararlo con otro tipo de población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill TM, Williams CS, Tinetti ME. Assessing risk for the onset of functional dependence among older adults: the role of physical performance. Journal of the American Geriatrics Society. 1995;43(6):603-9.
2. Gadelha AB, Myers J, Moreira S, Dutra MT, Safons MP, Lima RM. Comparison of adiposity indices and cut-off values in the prediction of metabolic syndrome in postmenopausal women. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2016.
3. Kemmler W, Von Stengel S, Schwarz J, Mayhew JL. Effect of whole-body electromyostimulation on energy expenditure during exercise. The Journal of Strength & Conditioning Research. 2012;26(1):240-5.

TEMA 59. ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO EN EL SISTEMA SANITARIO: MODELO ASISTENCIAL ÓPTIMO.

- ALBA DE LA VEGA GALÁN
- JOSE MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ
- SHEILA PECES SÁNCHEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. OBJETIVO.
3. METODOLOGÍA.
4. RESULTADO.
5. CONCLUSIONES..
6. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCION

El progresivo envejecimiento de la población, sumado a estilos de vida cada vez menos saludables, conlleva a un crecimiento cada vez mayor de pacientes con enfermedades crónicas. Esto ha supuesto un desafío para la administración y financiación de los sistemas sanitarios, pues conlleva un mayor gasto de recursos. De ahí la necesidad de afrontar nuevas estrategias de atención al paciente crónico que se adapten a las necesidades actuales.

En este capítulo se expondrán algunos de los modelos y estrategias que se pretenden propulsar o ya se pusieron en marcha, para impulsar una atención óptima al paciente crónico. Defendiendo una atención individualizada y centrada en el paciente, apoyando el autocuidado y el papel fundamental de Atención Primaria y el rol enfermero; la coordinación de diferentes servicios y un buen equipo multidisciplinar.

2. OBJETIVOS

La cronicidad (hace referencia a una enfermedad prolongada) se ha convertido en un problema de salud pública, puesto que afecta a la población de forma amplia, compromete gravemente la salud de las mismas y origina unos costes económicos que desbordan el mantenimiento del sistema sanitario que hay vigente(1).Por ello hay que realizar cambios en la gestión de atención sanitaria de cara a las necesidades del paciente crónico. Es en este punto donde hallamos los objetivos de este trabajo:

- Describir como sería el sistema sanitario ideal enfocado para este tipo de pacientes.
- Desarrollar un modelo asistencial que abarque las necesidades del crónico.
- Recalcar la importancia del rol enfermero en el proceso.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes buscadores como CUIDEN o PUBMED, así como revisiones de protocolos de diferentes Comunidades Autónomas. Se ha seleccionado artículos de revistas con una fuente de evidencia A, que incluyen desde estudios cualitativos hasta manuales de Colegios Oficiales.

4. RESULTADOS

Actualmente tenemos un Sistema Sanitario centrado más en la enfermedad que en la persona. Hay que buscar un sistema que incluya los cuidados continuos para prevenir la hospitalización y reducir costes (1).

Lo ideal sería implantar un modelo o estrategia que tenga como objetivos disminuir la prevalencia de enfermedades de carácter crónico, el no empeoramiento de las personas que padezcan una enfermedad crónica, prevenir el deterioro de la capacidad funcional, complicaciones y mortalidad prematura y por último, mejorar de la calidad de vida de las personas que padecen enfermedad crónica más avanzada y de sus cuidadores (2).

Para conseguir todo ello es necesario una coordinación asistencial que elimine barreras inter-niveles, potenciando una atención horizontal dirigida a la persona y al entorno (1,2).

Y es ahí donde Atención Primaria y enfermería desempeñan un papel crucial, pues según Lapeña Moñux et al (3). La gestión de casos y la Atención Domiciliaria son los pilares centrales para el manejo eficaz del paciente crónico.

La Organizacion Medica Colegial de España (1) apuesta por el Modelo de Atención innovadora a condiciones crónicas impulsado por la OMS, mientras que la Comunidad de Madrid por la Estrategia Nacional del Sistema Nacional Salud para el abordaje de Pacientes Crónicos.

Ambas buscan la integración e impulsan la continuidad asistencial mediante acciones que refuerzan la coordinación entre administradores sanitarios, Atención primaria, servicios de medicina interna y el entorno social del paciente; un modelo asistencial basado en equipos multidisciplinares (3).

Además, se centran de forma efectiva en el paciente, adaptando la atención a las necesidades de este en cada momento, a sus expectativas, experiencia y etapa vital; como eje en torno al cual los profesionales como enfermería coordinan sus actividades e intervenciones y potencian el autocuidado, permitiendo pues una atención más humanizada, con mayor calidad asistencial (1,2).

Veliz- Rojas y Bianchetti Saavedra apoyan el acompañamiento y cuidado holístico de enfermería en los pacientes crónicos, pues favorece la adherencia terapéutica y por tanto, mejora el bienestar y niveles de control de las enfermedades (4).

5. CONCLUSIONES

- Para dar una atención óptima al paciente crónico con la finalidad de obtener una mejor adaptación del tratamiento, control y evolución de la enfermedad, es necesario apostar por un modelo:
- De atención integrada: en el que estén perfectamente identificados los referentes de Atención Primaria y Hospitalaria, estableciendo una buena comunicación entre ellos. •
- De atención centrada en la persona: con individualización de las necesidades y un diseño del plan asistencial específico con el paciente compartido por todos los profesionales. Apostando por el autocuidado y respaldado por un buen equipo multidisciplinar.
- Un modelo de atención proactiva: orientada a la detección precoz y a la atención en el ámbito más indicado.

BIBLIOGRAFÍA

Página web:

1.Torres, Juan José. La Atención Primaria de Salud en España en 2025. Organización Medica Colegial de España.[Internet] Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2017. [Actualizado en 2017; citado el 28 ene 2018]. https://www.cgcom.es/sites/default/files/Atencion_Primaria_2025/index.html#82/z

2.Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet];2013 [actualizado en 2013; citado el 28 ene 2018]. http://www.madrid.org/cs/Satellitec=CM_InfPractica_FA&cid=1354319576173&pagena me=ComunidadMadrid/Estructur

- 3. Lapeña Moñux,Y et al. La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. Revista ROL Enfermería[Internet] 2017[citado el 29 ene 2018]; 40(2): 130- 136. Diponible en:
- http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/64327
-
- 4. Veliz Rojas L, Bianchetti Saavedra A.Acompañamiento y cuidado holístico de enfer - mería en personas con enfermedades crónicas no adherentes al tratamiento. Revista de Enfermería Actual de Costa Rica.[Internet]2017 [citado el 29 ene 2018]; Núm.32. Disponible en: https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/26989

TEMA 60. CUIDADOS BÁSICOS DEL ANCIANO.

ELDA MARGARITA CUESTA ÁLVAREZ
MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- Introducción
- Cuidados físicos
- Cuidados psicológicos
- Conclusiones
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento se asocia a una serie de cambios físicos y psicológicos que deben tenerse en cuenta.
Estos cambios y diversas patologías asociadas a la edad se controlan mediante ciertos cuidados básicos del anciano.

CUIDADOS FÍSICOS

- Higiene personal
- Higiene corporal
- Higiene bucal
- Alimentación saludable
- Higiene postural

HIGIENE PERSONAL

Es fundamental para evitar la aparición de ciertas enfermedades y ayudará al anciano a aumentar su bienestar.

HIGIENE CORPORAL

Bañarse varias veces por semana usando jabones antibacterianos será muy positivo para el anciano pues eliminará de su piel transpiración y bacterias nocivas.

HIGIENE BUCAL

La limpieza bucal en las personas mayores es un hábito muy importante a tener en cuenta pues una mala higiene puede provocar serias infecciones.

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Una buena nutrición y la práctica de ejercicio físico frenarán la aparición de enfermedades como diabetes, hipertensión e incluso cáncer, además aumentará la calidad de vida del anciano.

Para ello nuestros mayores deben seguir una dieta equilibrada en la que no faltarán frutas, verduras lácteos desnatados, carnes, pescados y alimentos ricos en minerales y vitaminas A,B,C y D, así como un aporte de proteínas y fibra, y, por supuesto, agua.

HIGIENE POSTURAL

Una buena higiene postural reducirá o evitará cargas, tensiones y daños en la espalda del anciano.

El sedentarismo provoca la atrofia de sus músculos y la baja flexibilidad de sus ligamentos lo que produce pérdida de masa muscular y contracturas que a su vez le llevan a doblar la espalda cuando camina.

CUIDADOS PSICOLÓGICOS

El estado emocional del anciano puede mejorar con hábitos saludables, una vida activa, disponer de ayuda externa y una buena asistencia sanitaria y social.

El ejercicio físico y participar en actividades sociales así como formar parte de un entorno familiar que promueva su autonomía hará que nuestros mayores tengan una buena salud psicológica.

CONCLUSIONES

Atender a nuestros mayores es una cuestión de educación, valores y respeto.

Estudiar las necesidades de cada persona dará la clave para ofrecer unos cuidados específicos y de calidad, con lo que el anciano ganará en autonomía, independencia y bienestar.

BIBLIOGRAFÍA

- Páginas web: wayalia.es, grupolasmimosas.com, webconsultas.com, efesalud.com, cuidum.com, aiudo.es
- Revistas: Revista de salud y bienestar
- Bases de datos: MEDLINE [Base de datos sobre medicina y enfermería alojada en internet], CUIDEN [Base de datos bibliográfica de la Fundación Índex]
- Libros: Enfermería y el Anciano, colección Docencia o Aprendizaje

TEMA 61. CUIDANDO AL CUIDADOR REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.

- **MARIBEL ZOILA REYNALDO VIRHUEZ**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
    1. Sociodemográficos
    2. Necesidades
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. Introducción:

Según datos del Instituto de Mayores y servicios Sociales IMSERSO, a fecha de 31 de agosto de 2019 el número de personas con grado de dependencia reconocido y que tienen derecho a prestación teniendo en cuenta características sanitarias y económicas es de 1.093.062. Todo esto sin tener en cuenta muchos otros casos que no están reconocidos aún y por tanto, no son considerados dentro de esta cifra.

Actualmente existen numerosas enfermedades y situaciones incapacitantes que pueden generar dependencia. La persona dependiente presenta una serie de necesidades físicas y emocionales permanentes, dependiendo de su estado, de la existencia de alguna enfermedad y de su pronóstico. Situación que implica una necesidad progresiva de soporte y cuidado.

El cuidado comprende los actos de asistencia, de soporte o facilitadores dirigidos a otra persona o grupo con necesidades reales o potenciales, con el fin de ayudar o suplir las necesidades básicas de autocuidado y atención de los pacientes con cierto grado de dependencia.

El cuidador es quien atiende de forma continuada a una persona en situación de dependencia o discapacidad, conviva con ella o no y este vinculada a ella o no afectivamente. Son los que deben ocuparse continuamente de las necesidades físicas y emocionales de estas personas, quienes por su situación personal han perdido funcionalidad o han quedado limitados en algunas de las situaciones de la vida diaria, como el autocuidado y la toma de decisiones.

A menudo, la persona responsable de la atención descuida su propia calidad de vida al anteponer las necesidades de la persona cuidada a las suyas propias.

Los cuidadores deben ser considerados personas vulnerables debido a la sobrecarga que el rol de esta función conlleva, pudiéndoles ocasionar sentimientos de culpabilidad, depresión, frustración y sufrimiento.

Se define la sobrecarga como las consecuencias negativas que tiene el cuidado sobre los cuidadores, pues ocasiona como un conjunto de actitudes y reacciones emocionales que este siente ante la experiencia de cuidar.

El cuidado de una persona dependiente supone un exceso de trabajo, evidenciándose la carga del cuidado en la afectación de: las tareas de la casa, las relaciones de pareja, familiares y sociales, el desarrollo personal y del tiempo libre, la economía familiar, la salud mental y el malestar subjetivo que presenta el cuidador relacionado con la situación de su ser querido.

2. Objetivos:

1. Identificar las principales necesidades de atención que presentan los cuidadores de los pacientes dependientes.

2. Conocer el perfil sociodemográfico de los cuidadores.

3. Metodología:

Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía con la finalidad de dar respuesta a el tema de interés. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet, Pubmed, Cuiden plus, Cinhal y también se consultaron páginas web oficiales. Se utilizaron descriptores en castellano (“cuidados”, “calidad de vida”, “pacientes”, “necesidades”) y en inglés (“care”, “quality of life”, “patient” “need”) según la base de datos utilizada. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en inglés o castellano) y se limitó la búsqueda al intervalo 2010-2019. De un total de 35 referencias encontradas tras la búsqueda fueron seleccionadas 10 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos: 1) artículos de revista científica, 2) artículos cuya población de estudio sean los cuidadores informales de pacientes y 3) artículos que estudian las necesidades de los cuidadores.

4. Resultados:

4.1.Características sociodemográficas:

De la revisión se extrajo que los cuidadores son predominantemente personas adultas con vinculo de parentesco o cercanía, mujer de más de 50 años, jubiladas o dedicadas a las tareas domésticas, mujeres o hijas de los pacientes y con un nivel de educación básico.

En referencia al tiempo de cuidado se encontró que la mayoría de los cuidadores dedican más de 10 horas al día para el cuidado del paciente, con un mínimo de 6 meses y un máximo de 20 meses destinados a la atención de su familiar. La jornada de los cuidadores suele ser larga, muchos prestan ayuda sin horario determinado durante el día.

4.2. Necesidades:

En esta revisión se encontró que los cuidadores necesitan educación y formación sobre el cuidado y el adecuado manejo del paciente, al igual que información sobre las redes de apoyo social y la atención de las propias necesidades.

Los cuidadores sufren una importante pérdida de la calidad de vida en comparación con población general, existiendo relación entre la calidad de vida y el soporte social percibido, por tanto, las variables sociales y económicas inciden de forma directa en la experiencia del cuidado. En cuanto a su salud física, con frecuencia manifestaron dolencias que necesitan ser evaluadas a través del tiempo.

La prevalencia de depresión y ansiedad en cuidadores de pacientes dependientes es significativamente mayor que en la población general. Aunque el estrés y la ansiedad siempre estarán presentes será en diferentes medidas; determinadas por ciertos factores, uno de los más importantes es el tiempo dedicado al cuidado.

En presencia de enfermedad, la espiritualidad se presenta como un apoyo importante y constituye un factor protector para la mayoría de los cuidadores y pacientes. Se asocia con una mejor salud mental, mejor ajuste psicológico y disminución de la depresión.

Si los cuidadores no reciben el apoyo adecuado y sus necesidades no son tenidas en cuenta, es posible que perciban la experiencia del cuidado en términos de sufrimiento, generando agotamiento emocional y disminución en la calidad de los cuidados brindados.

Es importante destacar que es necesario el desarrollo de intervenciones que mejoren la calidad de vida del cuidador, puesto que sufren alteraciones de las dimensiones social y psicológica, debido a su labor.

La disponibilidad de ciertos recursos materiales, sociales y psicológicos pueden tener un papel crucial en la continuidad de los cuidados en el hogar y en la eficacia del resultado.

Se convierte en un reto desarrollar programas de capacitación a cuidadores que permitan acompañarlos y fortalecer habilidades de cuidado que repercutan positivamente en su bienestar de ambos, pacientes y cuidadores.

Conclusiones:

En esta revisión se encontró que los cuidadores de pacientes dependientes tienen una serie de necesidades que no son consideradas y mucho menos atendidas.

Se sabe que cuidar afecta la vida del cuidador y todos los aspectos de su calidad de vida. Por lo tanto, necesitan soporte también, ya que contar con un cuidador bien preparado y seguro es beneficioso.

También se evidencia la necesidad de investigación y puesta en práctica de intervenciones adecuadas y específicas dirigidas a este colectivo. Las futuras líneas de investigación propuestas teniendo en cuenta las principales necesidades de los cuidadores podrían ser: estudios que elaboren programas de apoyo social a los cuidadores, como también el desarrollo de programas educativos para reforzar sus conocimientos y mejorar sus habilidades.

Bibliografía:

1. IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2015 [actualizado 12 sept 2019; consultado 17 sept 2019]. Estadística mensual [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm
2. Domínguez JA, Ruíz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo MT. Anxiety and depression in carers of dependent patients. Semerg. 2012;38(1):16-23.
3. Krikorian AD, Vélez MC, González OT, Palacio CG, Vargas JJ. La experiencia de sufrimiento en cuidadores principales de pacientes con dolor oncológico y no oncológico. Av.enferm.2010;28(1):13-20.

4. Canal Salut [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament de salut; [citado 8 sept 2019]. La salut de la A a la Z: Cuidadors informals [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/ca/home_ciutadania/salut_az/c/cuidadors_informals/#FW_contingut
5. Giraldo Montoya DI, Zuluaga Machado S, Uribe Gómez V. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. Medupb [internet]. 2018 [citado 15 sept 2019];37(2):89-96. Disponible en: https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/8450
6. Galvis-López CR, Aponte-Garzón LH, Pinzón-Rocha ML. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. Aquichan. 2016;16(1):104-115.

7. Gil CP. Y al cuidador ¿quién lo cuida?. Univ Cient. 2010; 13(1):28-31. Puerto Pedraza HM, Carrillo Gonzáles GM. Calidad de vida y soporte social en los cuidadores familiares de personas en tratamiento contra el cáncer. Rev Univ Ind Santander Salud. 2015;47(2):125-136.
8. Northouse LL. Helping patients and their family caregivers cope with cancer. Oncol Nurs Forum. 2012 Sep;39(5):500-6.
9. Franco Corona ME, Sosa Padilla CM. Estrés y ansiedad en los cuidadores principales de pacientes con Alzheimer. XVI Coloquio panamericano de investigación en enfermería [internet]. Cuba;2018. [citado 15 sept 2019]. Disponible en: http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/487/360

10. Galvis-López CR, Aponte-Garzón LH, Pinzón-Rocha ML. Percepción de la calidad de vida de cuidadores de pacientes asistentes a un programa de crónicos, Villavicencio, Colombia. Aquichan. 2016;16(1):104-115. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.1.11
11. Moreira de Souza R, Turrini RNT. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. Enferm glob [Internet]. 2011 [citado 10 Nov 2015]; 10(22):[aprox. 13 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695614120110002000 13&script=sci_arttext
12. Giraldo Montoya DI, Zuluaga Machado S, Uribe Gómez V. Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito ambulatorio. Medupb [internet]. 2018 [citado 15 sept 2019];37(2):89-96. Disponible en: https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/ 8450

TEMA 62. DEPRESIÓN.

- VANESSA FORCELLEDO FERNÁNDEZ
- ALEJANDRA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ
- VERÓNICA PEREIRA CUERVO

ÍNDICE

- DEFINICIÓN Y CAUSAS
- SÍNTOMAS
- TIPOS DE DEPRESIÓN
- TRATAMIENTOS
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN Y CAUSAS

Podríamos definir la depresión como un trastorno del estado de ánimo, este trastorno puede ser transitorio o permanente y se caracteriza por sentirse triste, abatido, infeliz, culpable, derrumbado, perdido, frustrado, con sentimientos de ira e incapacidad para disfrutar de las cosas cotidianas. Casi siempre a todos estos síntomas hay que añadirle la ansiedad.

Las personas que sufren esta enfermedad ven como su vida se ve limitada para ejercer las actividades habituales incluso poder trabajar.

- Las causas que originan una depresión pueden ser muy variadas, según varios estudios las causas son:
- Desequilibrios de los neurotransmisores del cerebro, los niveles altos de estos neurotransmisores pueden deberse a motivos hereditarios.
- Otra causa es por imitación, niños que durante su infancia ven que el mundo es triste por el mal ambiente que ven en casa, o el mal comportamiento de sus progenitores.
- Pérdidas emocionales o no saber gestionar las emociones y las inclemencias de la vida.

SÍNTOMAS

- ✓ Estado de ánimo bajo la gran parte del día e irritabilidad en niños y adolescentes
- ✓ Insomnio o exceso de sueño
- ✓ Cambio de peso, bien por pérdida o por aumento
- ✓ Cansancio, fatiga y pérdida de energía durante todo el día
- ✓ Pérdida de interés y placer en casi todas las actividades incluso en las sexuales
- ✓ Movimientos rápidos o lentos
- ✓ Disminución en la capacidad de pensar, concentrarse o indecisión
- ✓ Sentimientos de desesperanza y abandono, inutilidad, odio a sí mismo
- ✓ Culpa inapropiada
- ✓ Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio

TIPOS DE DEPRESIÓN

Hay varios tipos de depresión diferentes, los más típicos son:

- Depresión mayor

Puede ocurrir en cualquier momento. Se manifiesta por un conjunto de síntomas como ansiedad, fobia, ataque de pánico, tristeza, pérdida, ira o frustración, que interfieren en la capacidad para trabajar, estudiar, dormir y disfrutar de las demás actividades cotidianas con las que antes si disfrutaban. Puede durar semanas o periodos más largos de tiempo. La depresión ocurre una vez pero pude aparecer más veces a lo largo de la vida.

- Distimia: es una depresión menos grave pero persistente que se mantiene a largo plazo, pero que pueden continuar con su vida.
- Trastorno bipolar. se presentan cambios de humor, estados altos de ánimo en combinación con otros bajos. La depresión se alterna con manías.
- Depresión con ciclos psicóticos: se da cuando una persona padece depresión y tiene falta de contacto con la realidad, afectándoles al pensamiento, el juicio y comportamiento social de la persona.
- Depresión postparto: después de dar luz las mujeres presentan un cambio hormonal brusco, al igual que un cambio de vida total y radical. Muchas sienten tristeza, insomnio, irritabilidad, ansiedad y no son capaces a tomar decisiones.

- Trastorno disfórico premenstrual: son síntomas depresivos que ocurren antes de la menstruación y desaparecen después.
- Trastorno afectivo estacional: ocurre en los cambios de estación sobre todo en primavera y otoño.
- Haber tenido una depresión anteriormente.

Otros factores que pueden causar depresión son:

- Alcoholismo
- Drogadicción
- Enfermedades de carácter crónico sin solución
- Aislamiento social
- Situaciones estresantes en la vida
- Pérdidas, divorcio o fallecimiento de algún ser querido

TRATAMIENTOS

Para que una persona que sufre depresión se mejore necesita de muchos cuidados. Un factor fundamental es el ambiente que les rodea, el sentirse arropado por personas y familiares que les brinden cariño, comprensión y que les escuchen, que utilicen toda la paciencia con ellas es necesario, ya que estas personas enfermas no tienen ni ganas ni motivaciones lo cual puede llegar a desesperar a los que conviven con ellas.

A estos pacientes hay que tratarlos con mucho tacto, intentar motivarles sin hacerles imposiciones, proponerles actividades sin ordenárselas, hablarles y escucharles sin abrumarles, son algunos de los consejos que sugieren los profesionales.

El problema que se presenta es que para mejorar se requiere de tiempo, los resultados se ven a largo plazo, por lo que se desaniman y abandonan las terapias no acabando de recuperarse y volviendo a recaer.

El tratamiento se compone de dos formas: farmacológico y psicoterapia que se pueden dar por separado o en combinación el uno con el otro. Como norma general el tratamiento farmacológico es necesario, normalmente se medica para intentar que los síntomas desaparezcan o que se mitiguen y se suelen administrar fármacos antidepresivos con lo que conseguimos incrementar los niveles de serotonina en el cerebro para reactivar las emociones, el humor, el apetito, el sueño, la presión sanguínea y la temperatura corporal.

Este tipo de fármacos, se supone, que no crean dependencia pero hay que seguir las pautas que nos prescribe el médico especialista.

Otro tratamiento eficaz es el psicológico, individual o en grupo, muchas veces es necesaria la complementación de un tratamiento psicológico con el farmacológico.

La depresión puede ocurrir en todas las edades, niños, adolescentes, adultos y ancianos. No entiende de sexo aunque los estudios avalan que en la mujer se dan el doble de casos que en el varón. Según la OMS esta enfermedad afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Es la segunda causa de muerte entre la población de 15 a 44 años, y la OMS calcula que para el 2020 será la segunda causa de baja laboral en España y que los suicidios aumentarán un 50% llegando a 1.5 millones de muertes al año en el mundo.

Estos datos son totalmente preocupantes, una enfermedad que afecta a tantas personas tendría que ser más visible y deberían utilizarse más recursos para poder mitigarla, ya que hay una clara falta de personal especialista en los centros de salud, larguísimas listas de espera donde las citas se dan de meses en meses.

En los colegios el papel del psicólogo prácticamente a desaparecido dejando desatendida muchas de las afecciones emocionales de los alumnos.

en una sociedad en la que vivimos al limite y faltos de tiempo dejamos a un lado el escucharnos, preocuparnos por los de nuestro alrededor y darnos cariño. Todos deberíamos poner de nuestra parte por combatir y mejorar una enfermedad tan importante.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS. Depresión (en línea); 2012 dsiponible en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es
- OMS. En el 2020 la depresión será la segunda causa de incapacidad en el mundo (en línea); 2007 www.psiquiatría.com/depresión/según-la-OMS-en-el-2020-la-depresion-será-la-segunda-causa-de-incapacidad-en-el-mundo
- Depresión;2019; https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiátricas/depresion.html
- www.medlineplus.go/spanish/ency/article/003213.htm

TEMA 63. IMPACTO QUE SUPONE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LA POBLACIÓN ACTUAL.

- VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA
- ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR
- ALDANA RANCAÑO BENITEZ
- PATRICIA BUENO MEANA

ÍNDICE

- OBJETIVO Y METODOLODGÍA DEL ANALISIS
- RESULTADOS AL RESPECTO
- CONCLUSIONES OBTENIDAS
- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVO DEL ANALISIS

ANALIZAR LAS SENSACIONES EXPERIMENTADAS POR LAS PERSONAS QUE RECIENTEMENTE SON DIAGNÓSTICADAS DE CÁNCER, ASÍ COMO DE SUS FAMILIARES Y SERES QUERIDOS

METODOLOGÍA EMPLEADA

PARA ESTE ARTICULO SE HA EMPLEADO LA BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN DISTINTAS BASES DE DATOS; ELSEVIER, SCIELO, MEDLINE…

RESULTADOS AL RESPECTO

Son numerosas las formas en las que se pueden manifestar los sentimientos ocasionados por la nueva situación. La manera más común de inconformidad suele ser la depresión y la ansiedad debido al cambio que supone ser diagnosticado de cáncer. Estas emociones también son compartidas por los seres queridos, ya que viven el día a día de la enfermedad junto al paciente, sintiendo miedo y angustia en igual medida que este. Según avanza la enfermedad se producen otros cambios como son los que producen alteraciones en la imagen corporal; caída del cabello, delgadez extrema... O aquellos relacionados con el malestar físico; pudiendo ir desde mareos, náuseas, vómitos a un cansancio extremo y generalizado.

Todo esto depende de la localización en la que se produzca la lesión , ya que la sintomatología varia mucho. No es lo mismo pacientes con lesiones en la mama, o como puede ser una lesión en una vertebra. Por ello no siempre las personas diagnosticas de cáncer afrontan la enfermedad como una nueva etapa, si no que el rechazo es la forma más común de enfrentarse a la nueva situación, acabando posteriormente con aceptación y resignación ante el cambio.

CONCLUSIONES OBTENIDAS

Como consecuencia de todo esto tanto el paciente como sus familiares necesitan ser tratados con empatía y con el calor emocional que la situación requiere ya que el cambio producido en sus vidas es considerable y en muchas de las ocasiones la situación se vuelve irreversible

BIBLIOGRAFÍA

- Consulta Mixta OMS/FAO de Expertos en Régimen Alimentario, Nutrición y Prevención de Enfermedades Crónicas. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. (OMS, Serie de Informes Técnicos; 916). OMS: Ginebra; 2003.

- Martín-Moreno JM. El código europeo contra el cáncer. Tercera revisión (2003): Insistiendo y avanzando en la prevención del cáncer. Rev esp salud pública 2003; 77: 673-9.

- Campos M, Iraurgui J, Páez D, Velasco C. Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes un meta-análisis de 13 estudios. Boletín de Psicología. 2004; 82: 25-4.

TEMA 64. DISLÉXIA: UNA DIFICULTAD ESPECÍFICA DEL APRENDIZAJE.

- ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ
- VERONICA PEREIRA CUERVO
- VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ

ÍNDICE

- CARACTERISTICAS
- SEÑALES Y SÍNTOMAS
- COMPLICACIONES
- BIBLIOGRAFÍA

CARACTERÍSTICAS

La dislexia es una dificultad específica del aprendizaje, en la lectura y de la escritura, y es una condición de por vida.
El origen se debe a una alteración en el neurodesarrollo.
Algunas características de la dislexia son dificultades para decir el alfabeto, denominar letras, hacer rimas simples y analizar o clasificar los sonidos. En la lectura realizan omisiones, sustituciones, distorsiones, inversiones, tienen lentitud, vacilan y tienen problemas de seguimiento visual y déficit de comprensión.
La persona disléxica tiene que poner más esfuerzo en entender el significado de las cosas a través de la lectura por lo que suele cansarse y perder la concentración y tiende a distraerse.

La dislexia es más que un problema con las dificultades de lectoescritura, los problemas de comprensión, de memoria a corto plazo, las confusiones entre derecha e izquierda, al igual que las nociones espacio- temporales, la ortografía y las matemáticas son problemas que les persiguen a lo largo de su vida.

Se tiende a pensar que las personas que padecen dislexia invierten las letras o escriben al revés, algo que es falso.

Las personas disléxicas son igual de inteligentes que las personas que no lo son.

La dislexia es un problema que no desaparece al crecer pero existen muchos métodos para mejorar y manejar las situaciones de conflicto que les puedan surgir.

SEÑALES Y SÍNTOMAS

La dislexia afecta a las personas sin ningún rasgo significativo, ni físico, ni psíquico, ni sociocultural, aunque tiende a ser hereditaria, también puede ser por un nacimiento prematuro o presentar bajo peso al nacer. Las mujeres embarazadas con alta exposición a la nicotina, a las drogas o al alcohol también son un factor determinante.

No todos los disléxicos la padecen de la misma forma ni presentan los mismos síntomas ya que en cada persona puede variar.

Los primeros síntomas suelen ser evidentes cuando los niños comienzan a aprender a leer, aunque algunos síntomas son visibles antes. Suelen tardar en comenzar a hablar y cuando aprenden una palabra nueva lo hacen más despacio que el resto de los niños. Les cuesta formar palabras correctamente y suelen confundirlas con otras que suenan parecido. No recuerdan bien el nombre de las letras, los colores o números o canciones infantiles. Otro problema importante es la dificultad con la que se encuentran para responder a preguntas sobre algo ya aprendido pero no tienen ese problema si se les leen las preguntas. Les cuesta pronunciar palabras desconocidas o deletrearlas, tienen mala pronunciación y dificultades para resumir historias al igual que presentan problemas con los idiomas extranjeros. Tienen muchas faltas de ortografía.
Debido a estos problemas suelen evitar todas las actividades donde tengan que leer.

COMPLICACIONES

Ya que la lectura se encuentra muy presente en el resto de materias escolares, los niños que la padecen tienen más dificultades de seguir el ritmo de la clase que el resto de alumnos. Esto les puede causar baja autoestima, problemas de ansiedad, de conducta, agresividad y aislamiento con el resto de compañeros, padres y profesores. También pueden verse frustrados por no poder llegar a alcanzar una carrera profesional determinada, por lo que puede repercutirles a nivel educativo, social y económico.

Existen otras dificultades que pueden confundirse con la dislexia o que las padecen además de ella y son:

- Discalculia: Es una discapacidad en el aprendizaje de las matemáticas, una dificultad para comprender y realizar cálculos matemáticos y conceptos tales como mayor y menor. También con los símbolos y operaciones mas complejas.
- Disgrafía: Es un trastorno del aprendizaje especifico en la escritura. Afecta a la destreza y coordinación de los músculos de la mano y del brazo por lo que no pueden dirigir bien el lápiz y su escritura no es legible ni ordenada. También tienen problemas con la mecanografía y la ortografía.
- Velocidad de procesamiento lento: Son más lentos para captar y procesar y responder a la información, por lo que pueden tener menos habilidades tanto para leer como para entender lo que leen.

- Trastorno del procesamiento auditivo (TPA): Les afecta para la organización de los sonidos que escuchan por lo que tienen mayor dificultad de lectura.
- Dificultades del procesamiento visual: O lo que es lo mismo tienen dificultad para procesar lo que ven, así que a menudo invierten las letras.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y/o impulsividad (TDAH).

En la hiperactividad: Se mueven mucho, no pueden permanecer quietos, hablan en exceso, hacen ruidos constantes, tienen dificultad para relajarse, cambian de actividad sin acabar ninguna y no son constantes.

En el déficit de atención: Tienen dificultades para mantener la atención durante mucho tiempo, no se fijan en los detalles, no son organizados, olvidan o pierden cosas y se distraen.

En la impulsividad: Es impaciente, no puede esperar su turno. No piensa antes de actuar, interrumpe constantemente y lo toca todo.

BIBLIOGRAFÍA

- Defior Citoler Sylvia Ana, Serrano Francisca. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias: Procesos Fonológicos Explícitos e Implícitos, Lectura y Dislexia 2011; Vol. 11, (1). 1: 79-94
- Serrano, Francisca; Defior, Sylvia. Dislexia en Español: estado de la cuestión Electronic Journal of Research in Educational Psychology, Universidad de Almería Almería, 2004. 2 (2): 13-34
- Señales de dilexia,causas y tratamiento https://www.understood.org/es-mx/learning-attention-issues/child-learning
- Dislexia una Dificultad Específica de Aprendizaje - DISFAM https://www.disfam.org/dislexia

TEMA 65. RELACIÓN ENTRE ENFERMEDADES DIGESTIVAS Y ESTILO DE VIDA.

- JORGE SAL GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODOS
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2009 hasta la actualidad ha habido un aumento de todas las enfermedades digestivas, exceptuando la úlcera. En gran parte producido por causas como cambio en los estilos de vida provenientes de otras culturas como la Americana con una vida más sedentaria y una dieta más rica en grasas.

Determinadas enfermedades gastrointestinales pueden evitarse si se siguen unos hábitos y tratamientos dietéticos adecuados. La celiaquía, la enfermedad por reflujo gastroesofágico o la dispepsia son tres ejemplos de enfermedades digestivas que pueden tratarse desde la dietética, además de trastornos gastrointestinales tan comunes como el estreñimiento, la diarrea o el meteorismo.

OBJETIVOS

- Revisar las características de las enfermedades y alteraciones asociadas a las mismas.

- Establecer las pautas de su tratamiento dietético y ofrece algunas recomendaciones que se pueden hacer desde la oficina de farmacia.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión bibliográfica de la literatura en las bases de datos más representativas analizando las publicaciones de acceso gratuito en español de los últimos 5 años.

Resultados

Tras analizar varios artículos, las principales causas de enfermedades digestivas son la obesidad y los estilos de vida, tanto en personas mayores como más jóvenes. Entre los problemas digestivos que se encuentran en personas jóvenes, se ha detectado el cáncer de páncreas en personas con tan solo 30 años, además de un aumento del cáncer de colon, que según la Sociedad Española de Oncología Médica se estiman en casi 45000 los casos nuevos de cáncer de colon y recto para el año 2019 en España.

Entre las enfermedades gastrointestinales más susceptibles de tratarse mediante hábitos dietéticos se encuentran la celiaquía, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o la dispepsia. Por su parte, entre los trastornos gastrointestinales más comunes, y que también están ligados a determinados hábitos dietéticos, se hallan la diarrea, el estreñimiento y el meteorismo o flatulencia.

La obesidad y la diabetes mellitus estarían asociados con el riesgo de desarrollar carcinoma hepático, con un 90% más de probabilidad de sufrirlo los obesos con un IMC > 30Kg/m2 un 90%, al igual que se ha informado respecto a este dato con el cáncer de páncreas. Se observa un aumento en enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn y colitis ulcerosa). Todos estos aumentos vienen derivados principalmente por el caso comentado antes.

Conclusión

Cada vez se observa más el aumento de estas enfermedades, las cuales se producen por el cambio de estilo de vida más sedentario, lo que produce más obesidad. Se pueden encontrar con más prevalencia en países como EEUU, donde la dieta es más rica en grasa y el estilo de vida es más sedentario. Las enfermedades más comunes son la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. En cuanto a obesidad y cáncer, se puede establecer una correlación positiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Articulo de revistas: Perales C, Gallego I, de Ávila AI, Soria ME, Gregori J. The increasing impact of lethal mutagenesis of viruses. Future Medicinal Chemistry. Año 2019. Vol 11, nº13.
- Articulo de revista: Vilaplana M. Enfermedades y trastornos gastrointestinales. Elsevier. Año 2006. Vol 25, nº3.
- Artículo de revista: Sánchez Martínez S., Rico Cano A., Ferrer Moreno C.M. El estilo de vida nos define: Dieta y cáncer. Salud y cuidados en el envejecimiento. Año 2015. Vol III, nº 25.
- Las cifras del cáncer en España 2019. Sociedad Española de Oncología Médica. Pág 5-9.

TEMA 66. HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO (HSDC), EL GRAN DESCONOCIDO.

- JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ
- SHEILA PECES SÁNCHEZ
- ALBA DE LA VEGA GALÁN

ÍNDICE

- **RESUMÉN.**
- **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.**
- **MATERIAL Y MÉTODO.**
- **RESULTADOS.**
- **CONCLUSIONES/ DISCUCIÓN.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

RESUMÉN

El HSDC es una colección hemática encapsulada, que se sitúa bajo la duramadre y que se caracteriza básicamente por la presencia de una membrana compuesta de una capa externa y una interna.

Es una enfermedad prevalente, que en la mayoría de los casos puede ser tratada eficazmente.
Constituye una entidad nosológica frecuente en la neurocirugía, existiendo múltiples modalidades de tratamiento propuestas con resultados muy diversos.

Es una patología que precisa de la investigación de distintos aspectos relacionados con su formación, estructura, diagnóstico y tratamiento.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El hematoma subdural crónico ya fue descrito en 1857 por Virchow, quien haciendo notar su origen hemático, le llamó "Paquimeningitis Hemorrágica Interna". Normalmente ocurre en el adulto mayor observándose actualmente un incremento en su incidencia, posiblemente a causa de las mayores expectativas de vida y a los adelantos experimentados en los exámenes de neuroimagen que permiten su diagnóstico con facilidad.

Es una enfermedad relativamente común en mayores de 60 años. Su presentación clínica clásica es un síndrome neurológico focal progresivo con síntomas y signos de hipertensión intracraneal en un paciente que generalmente tiene antecedentes de TCE al menos dos o tres semanas previas a la consulta.

Sin embargo, el HSDC puede presentarse bajo diferentes formas clínicas que dificultan su diagnóstico.

Para el neurocirujano es una patología de manejo diario y de resolución quirúrgica a priori sencilla en la mayoría de los casos. Pero bajo su aparente "benignidad", se encuentra una mortalidad de entre 0,5% y 8% y hay trabajos que demuestran una mortalidad que llega al 20%. Entre otros factores, además de la edad avanzada de los pacientes o de las enfermedades concomitantes que éstos tienen, el pronóstico depende en gran medida del estado clínico previo a laintervención.
Ese estado clínico está relacionado con la demora en el diagnóstico y la implementación del tratamiento.

Los objetivos de este trabajo son:
- Conocer que es un hematoma subdural crónico.
- Identificar los factores que predisponen a padecerlo.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos sobre el hematoma subdural crónico, sus causas, manifestaciones clínicas y tratamiento correspondiente.

Dicha búsqueda se ha realizado tanto en diferentes bases de datos, haciéndose posteriormente una lectura crítica del material encontrado.

- La funcionalidad psicológica.
- La calidad debida.
- La adherencia a la intervención prescrita.
- La asistencia/uso de la atención sanitaria.
- Los eventos adversos.
-La muerte.

Debido a los datos limitados disponibles no fue posible comparar ni analizar directamente las intervenciones, y en su lugar las pruebas se informaron de manera cualitativa.

RESULTADOS

El HSDC es una enfermedad típicamente de individuos mayores de 60 años, si bien se han descrito en todas las edades.

Su incidencia global en la población es de entre 1,7 y 13,1 casos por 100.000 habitantes por año según dos estudios realizados en Finlandia y Japón, respectivamente. En el estudio japonés se determinó que si sólo eran estudiados los individuos de más de 65 años, la incidencia subía drásticamente a 58,1 casos cada 100.000 habitantes por año.
Tiene una incidencia de 1-5 cada 100.000 personas/año. En mayores de 70 años esta incidencia aumenta a 58/100.000.

La edad promedio es de 62-75,5 años. La relación sexo masculino-femenino es de 2-4 a 13,4. Se reconoce un antecedente traumático, generalmente leve en un 50 al 79,6% de los casos. En 9,7% a 29,5% de los casos el HSDC es bilateral.

Existen diversos factores de riesgo reconocibles clínicamente para el desarrollo de un HSDC como el alcoholismo, alteraciones de la coagulación, consumo de antiagregantes o anticoagulantes, hemodiálisis, edad avanzada o presentar un quiste aracnoideo.

En menor entidad el antecedente de una derivación ventriculo peritoneal u otros procedimientos neuro- quirúrgicos. Como factores de riesgo de mal pronóstico se cita la edad mayor a 70 años y el mal estado clínico preoperatorio. La bilateralidad se asoció a mayor riesgo de recurrencia.

No es una entidad homogénea y por tanto su tratamiento no debe plantearse de una sola manera para todos los casos. Si bien se puede optar por pautas generales de tratamiento, el mismo debe ajustarse a cada caso.
No todos los pacientes ni las características del hematoma son iguales.

EL HSDC es el gran desconocido puesto que puede presentarse bajo múltiples formas clínicas. Esto hace que muchas veces el diagnóstico sea dificultoso, lo que lleva a retrasos en establecer la terapéutica, siendo en ocasiones causante de consecuencias catastróficas para el paciente.

Por ejemplo:

en su forma clínica más típica, si no queda claro el antecedente traumático, se puede plantear un proceso expansivo de tipo tumoral. La ausencia de un claro traumatismo se ve en 30% a 50% de los pacientes y esto es más frecuente en pacientes de avanzada edad.

Es fundamental que se establezca un diagnóstico con premura, ya que a peor estado neurológico preoperatorio, peor es el pronóstico vital y funcional.

CONCLUSIONES/DISCUSIÓN

El HSDC tiene diferentes presentaciones clínicas, simulando procesos expansivos tumorales, ataques cerebrovasculares hemorrágicos o isquémicos, accidentes isquémicos transitorios o demencias. Es preciso tener un alto índice de sospecha de esta enfermedad frente a individuos mayores de 60 años con un cuadro progresivo y de instalación insidiosa aún sin TCE previo.

Debe ser sospechada especialmente en pacientes que cursan con síndrome demencial aunque sean de edad avanzada.
Disminuir al máximo la mortalidad por hematoma subdural crónico es un reto que se debe alcanzar y en el que pueden influir el diagnóstico precoz y la adecuada selección del tratamiento quirúrgico.

La aparición del TAC como método diagnóstico representó un cambio en la visión terapéutica de estos pacientes, al permitir un diagnóstico precoz, al tiempo que los grandes abordajes son sustituidos por pequeñas trepanaciones, hasta llegar hoy a la evacuación endoscópica y al tratamiento conservador y dejar las grandes craniectomías para los casos de reacumulación o recidivas.

Se ha observado que la forma clásica de presentación se da en cerca de la mitad de los casos. Debe entonces tenerse un alto índice de sospecha para su diagnóstico, sobre todo en las formas clínicas donde predomina el deterioro cognitivo, ya que es una causa potencialmente reversible de "demencia".

BIBLIOGRAFÍA

-Algorta Marcelo, Spagnuolo Edgardo. Hematoma subdural crónico: Modalidades de tratamiento revisión del tema. Propuestas de manejo. Rev. argent. neurocir. [Internet]. 2010 Dic[citado2018 Ene 23]; 24(4): 195-205. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-15322010000500005&lng=es

.

- Martínez Fernando. Presentación clínica del hematoma subdural crónico en adultos: el gran simulador. Clínica del Hematoma Subdural Crónico. Rev. Méd. Urug. [Internet]. 2007 Jun [citado2018 Ene 23]; 23(2): 92-98. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902007000200004&lng=es

-Lacerda Gallardo Ángel Jesús, Estenoz Esquivel Juan Carlos, Borroto Pacheco Rigoberto. Hematoma subdural crónico: Resultados quirúrgicos en 2 años de trabajo. Rev Cubana cir [Internet]. 1999 Abr [citado 2018 Ene 23; 38(1): 57-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000100011&lng=es

.

- Tagle M Patricio, Mery M Francisco, Torrealba M Gonzalo, Del Villar PM Sergio, Carmona V Hans, Campos P Manuel et al. Hematoma subdural crónico: Una enfermedad del adulto mayor. Rev. méd. Chile [Internet]. 2003 Feb [citado 2018 Ene 23]; 131 (2): 177-182. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000200007&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000200007.

TEMA 38. LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE DE MANOS.

- BEGOÑA GARCIA VELARDE
- MARGARITA SERRANO SUÁREZ
- SONIA MARIA PLAZA GARCÍA

INDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El lavado de manos es la principal medida para evitar la propagación de las enfermedades ya que el 80% de las infecciones habituales se trasmiten por las manos .Al lavarnos las manos eliminamos los microorganismos de la piel ya que esta hace de barrera entre el organismo y el medio externo. Además es una medida económica, sencilla ,eficaz y rápida.

OBJETIVOS

Concienciar a todo el personal sanitario de la importancia extrema que tiene el lavado de manos de manera correcta, y que se debe cumplir estrictamente este protocolo.

METODOLOGÍA

Artículos de la bibliografía de la base de datos de Cuidem y PubMed
Informes de la OMS y otros protocolos
Conocimientos propios de l trabajo.

RESULTADOS

Aproximadamente sabemos que un 90% de los sanitarios realizan correctamente el lavado de manos cada día.En todo momento me dirijo al lavado higiénico, que se practica frotando con agua y jabón de 1 a 3 minutos, para eliminar suciedad, flora transitoria y parte de la residente. Debe de realizarse siempre que entramos y salimos del hospital, antes y después de tener contacto con un paciente,antes y después de comer y de ir al baño.

También es higiene de manos la fricción con solución alcohólica dejando secar (esterílium).

Y otro lavado es el quirúrgico con povidona yodada hasta el codo indicado antes de cualquier maniobra quirúrgica

IMPORTANTE: secar siempre las manos con papel desechable y cerrar el grifo en contacto con este.

CONCLUSIÓN

- Hay que fomentar la práctica correcta de lavado de manos y así reduciremos las infecciones hasta un 50%.

- El lavado de manos es la medida más eficiente y eficaz para reducir la tasa de infección de herida quirúrgica, contagio y contaminación de pacientes en el ámbito hospitalario y extrahospitalario.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Comunicado conjunto OMS/Oficina Internacional del Trabajo (OIT). [Internet]. 2005 (consultado 14 de marzo de 2013) Disponible en: http:// www.who.int/mediacentre/news/ releases/2005/pr18/ es/index.html.
- Becerra N, Calojero E. Aplicación de las normas de bioseguridad de los profesionales de enfermería. [Tesis]. Ciudad Bolívar.. Venezuela: Universidad del Oriente; 2010.
- Peña F, et al. Manual de bioseguridad. ESE Hospital de III nivel La Victoria de Bogotá. [Monografía en internet]. 2011 (consultado 14 de Marzo de 2013); 91 p. Disponible en: http:// www.esevictoria.gov.co/sitio2/
- Guias_Protocolos/SALUD%20 OCUPACIONAL/MANUAL %20 DE%20BIOSEGURIDAD.pdf

TEMA 68. LA DIABETES INFANTIL.

IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO

ÍNDICE

- LA DIABETES INFANTIL ¿QUÉ ES?
- ¿QUÉ LA PROVOCA?
- SÍNTOMAS
- IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO EN EL MENOR DIABÉTICO Y EN SU FAMILIA
- BIBLIOGRAFÍA

LA DIABETES INFANTIL ¿QUÉ ES?

La diabetes es una patología que tiene que ver con un problema metabólico relacionado con la glucosa: se produce un incremento glucémico (hiperglucemia) causado bien por un desarreglo pancreático al secretar insulina, bien por fallos en la acción de tal hormona, o bien por una concurrencia de ambas razones. La insulina se precisa para que las células puedan utilizar correctamente la glucosa, que es su principal fuente de energía. La hiperglucemia, si no se trata bien, puede acabar provocando disfunciones graves en otros órganos (nefropatía, neuropatía, retinopatía...).

La diabetes afecta también a la población infantil, hasta el punto que se estima que aproximadamente 30.000 personas menores de 15 años padecen esta enfermedad en España, siendo una de las patologías crónicas más presentes en edades pediátricas. El tipo 1 es el más frecuente en infantes.

¿QUÉ LA PROVOCA?

Como se acaba de apuntar, la diabetes tipo 1 (insulino-dependiente) es la que más afecta a los niños, y está caracterizada por el hecho de que el páncreas carece por completo de capacidad para producir insulina, al destruir el sistema inmune las células beta de tal órgano. Este tipo de diabetes no se puede prevenir, pues son todavía desconocidas las razones que la provocan, pero se viene apuntando a factores de tipo ambiental que afectarían a infantes con algún tipo de predisposición genética.

Respecto de la diabetes tipo 2, que tiene que ver con una producción insuficiente de insulina o con la dificultad del organismo para utilizar eficazmente dicha hormona, se sabe que los factores genéticos (hereditarios) tienen un gran peso en su aparición, pero podría prevenirse o, al menos, retrasarse con hábitos saludables: dieta correcta y ejercicio. Es poco frecuente en menores de 15 años.

SÍNTOMAS

La necesidad de miccionar de forma muy frecuente (poliuria) viene motivada por el hecho de que, al haber altos niveles de glucosa en el torrente sanguíneo, el organismo trata de eliminar ese exceso disolviéndolo en grandes cantidades de líquido, ocasionando un aumento de la orina. Relacionado con esto, encontramos una mayor sensación de sed (polidipsia), debida a la mayor pérdida de agua al orinar más. También se señalan como síntomas de la diabetes infantil la ingesta alimenticia mayor de la normal (polifagia) provocada por el hecho de que la falta de glucosa en las células se trata de compensar con una mayor ingesta alimenticia que, sin embargo, tampoco logra que la glucosa llegue a las células, por lo que, aunque pueda resultar paradójico, el niño diabético puede acabar adelgazando. Esa falta de energía puede conllevar apatía, cansancio y alteraciones del estado de ánimo.

IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO EN EL MENOR DIABÉTICO Y EN SU FAMILIA

El diagnóstico de la diabetes en edades pediátricas puede tener un impacto en el desarrollo del menor que no debe desdeñarse y que es necesario saber asumir para lograr minimizarlo. Tampoco debe menospreciarse el impacto que la determinación de la patología tendrá en la familia del menor.

En efecto, en el caso de menores ya se ha dicho que la forma más frecuente de diabetes es la tipo 1, lo que supone que usualmente su diagnóstico llegue de una forma inesperada, circunstancia que de por si suele resultar impactante tanto para el niño, dado que no es raro que se llegue a establecer el diagnóstico de la patología tras un periodo más o menos prolongado de hospitalización previa, como para su familia, que tendrá que saber asumir que el pequeño padece una enfermedad crónica para la que habrá de tener un tratamiento de por vida.

El apoyo y cercanía por parte de los familiares a los niños pequeños hospitalizados será fundamental para evitar que sientan que se encuentran en dicha situación por alguna razón achacable a su propia conducta, pues no es raro que interpreten su ingreso hospitalario como un castigo. Será preciso, además, ayudarles a asumir la idea de que, cuando salgan del hospital, habrán de seguir toda una serie de pautas y hábitos nuevos que antes no tenían pero que son indispensables para el control de su enfermedad. Igualmente, es necesario que, pese a la situación, la familia adopte una actitud tranquila y reposada que, sin ocultar la realidad, ayude al menor diagnosticado a asimilar lo que está pasando y le guíe en las novedades que implica el tratamiento, por lo que es fundamental que todo el grupo familiar aprenda a manejar y controlar los niveles de ansiedad que la nueva situación indudablemente habrá generado.

Especial atención habrá que prestar en los casos en que el menor diagnosticado de diabetes se encuentre en edad preadolescente o adolescente, y ello básicamente por dos razones: a) Porque los propios cambios hormonales naturales a dicha edad supondrán una mayor dificultad en el control de la patología. b) Porque es indispensable que, dado el crucial papel que las relaciones interpersonales desempeñan a estas edades, hay que procurar que el diabético sienta y asuma que la enfermedad no le hace diferente al resto ni le impedirá realizar actividades y tareas así como relacionarse socialmente en un plano de igualdad con los demás.

Por todo ello, mantener una fluida comunicación entre el diagnosticado y su familia será fundamental, no sólo para ayudarle a aprender técnicas de autocuidado (cómo debe administrarse la insulina, por ejemplo) y resolver las dudas que se le planteen, sino para que pueda notar que cuenta con una red de apoyo que le ayudará a normalizar la situación.

En consecuencia, será indispensable mantener una actitud que garantice que, tras el diagnóstico, las actividades y forma de vida en el grupo familiar sufran las menos variaciones posibles respecto de la forma de vivir que se tenía antes. Pero, a la vez, habrá que contar con la información y los recursos adecuados para saber resolver las dudas e incertidumbres que, como en toda situación nueva, será normal que surjan, así como para abordar las crisis (shocks) que pueden darse.

Por lo tanto no resultará extraño que algunas personas se sienten superadas por la situación y no sean capaces de conseguirlo por si mismas. En tales casos no se debe dudar en buscar el apoyo que se precise acudiendo a los profesionales que sean necesarios, como pueden ser los psicólogos y, por supuesto, los médicos. De hecho, uno de los principales dilemas a los que suelen enfrentarse las familias con menores diabéticos es qué hacer cuando el menor debe

estar fuera del amparo familiar, por ejemplo cuando se trata de acudir a campamentos o vacaciones fuera del círculo propio del menor. Lo más aconsejable en tales supuestos es prepararse con tiempo, buscando con antelación suficiente los apoyos que faciliten las pautas a seguir en tales casos, de tal modo que, cuando haya que abordar la situación, ya se cuente con los recursos suficientes para manejar con garantías este tipo de eventos que, indudablemente, habrán de darse tarde o temprano y que habrá que ir asumiendo poco a poco, yendo de menos a más en el nivel de exposición a actividades fuera de casa. Lo que se debe tener claro es que no se debe impedir al menor participar en este tipo de actividades, pues hay que insistir en que debe normalizarse la situación lo más posible. Para ello, nuevamente, contar con el asesoramiento de profesionales cualificados se muestra fundamental.

También ha demostrado ser muy eficaz entrar en contacto con otras familias que han pasado por lo mismo, lo que aporta apoyo y, sobre todo, experiencia. En este sentido, en España existe una red de asociaciones de diabéticos con las que resulta muy aconsejable contactar.

En cuanto al impacto negativo que el diagnóstico de diabetes puede tener en el menor afectado, dejando a parte las complicaciones que la enfermedad en si misma puede llegar a provocar (posibles problemas renales o visuales, entre otros de importancia), desde el punto de vista emocional hay que tener presente que pueden darse casos de baja autoestima por parte del enfermo. Esta circunstancia a su vez, supone un terreno propicio para la aparición de trastornos de ansiedad o depresivos, existiendo estudios que apuntan a que el impacto de padecer una enfermedad crónica como la diabetes eleva hasta el doble las probabilidades de desarrollar este tipo de cuadros.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrio Castellanos R. Actualización de la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2016. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2016. p. 369-77.
- Rodríguez Contreras J, González Casado I. Manejo y seguimiento del niño diabético. Pediatría Integral 2015; XIX (7): 456-466.
- Heredia JP, Pinto B. Depresión en diabéticos: un enfoque sistémico. AJAYU. 2008;6(1):22-41.
- Garrido R, Torres M. Urgencias endocrinas: diabetes. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. 2ª ED. Madrid: Ergon; 2010. P. 75-81.
- Sanz Font, Olga. La diabetes de mi hijo. Disponible en: https://www.fundaciondiabetes.org/general/material/7/la-diabetes-de-mi-hijo-manual-de-apoyo-psicologico-para-padres-de-ninos-y-adolescentes-con-diabetes-tipo-1

TEMA 69. PAUTAS DE ATENCIÓN SANITARIA A LA MUJER CON AGRESIÓN SEXUAL RECIENTE.

- MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO
- OMAR WALID MUQUEBIL ALI AL SHABAN RODRIGUEZ

INDICE

1.CONSIDERACIONES GENERALES

2.ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- 2.1-RECEPCIÓN DE LA MUJER
- 2.2-EVALUACIÓN CLÍNICA
- 2.3-RECOGIDA DE MUESTRAS
- 2.4-TRATAMIENTO
- 2.5-ASPECTOS LEGALES

3.BIBLIOGRAFIA

1-CONSIDERACIONES PRELIMINARES

- En los últimos tiempos estamos asistiendo a un incremento en las cifras de mujeres que solicitan asistencia medico forense tras agresiones de tipo sexual.
- El conocimiento del peritaje médico legal en estos casos es indispensable para los médicos de Atención Primaria y aquellos que trabajen en los Servicios de Urgencia Hospitalaria, ,y por supuesto los Médicos especializados en Ginecología y Obstetricia, ya que cualquiera de ellos podría tener que realizar dicho peritaje si no hay un Médico Forense disponible para ello en un tiempo suficiente para garantizar la correcta atención de la víctima, y para que las pruebas recogidas sean válidas ante Tribunal de justicia.

- En el siguiente documento se tratará de presentar de una forma estructurada las distintas etapas que entendemos deben componer la Atención en un Servicio de Urgencia Hospitalaria a las mujeres de 14 o más años de edad, víctimas de agresiones sexuales y abusos sexuales con contacto corporal.
- La valoración clínica forense de la víctima constituye una emergencia médico-legal en las primeras 72 horas para la correcta investigación del delito ,y como tal debe ser tratada y atendida en el Hospital de referencia.
- No obstante, todas ellas serían adaptables a Centros de Salud y Servicios de Atención Continuada de las Urgencias Extrahospitalaria si así lo requiriesen circunstancias excepcionales.

- Se debe facilitar que el periodo de tiempo hasta que se realiza el reconocimiento sea el mínimo posible para facilitar la valoración de los daños y la toma de muestras, y para evitar la cicatrización de lesiones que desaparecen rápidamente.

- Es de gran importancia la coordinación entre los estamentos sanitario y judicial, para evita la repetición de pruebas y exploraciones innecesarias, y realizar una correcta recogida de muestras.

- Además, esta atención tiene unas implicaciones legales específicas que más tarde serán desarrolladas a lo largo del texto, y además el estado emocional de las pacientes condicionará también nuestras pautas de atención.

2- ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

2.1-RECEPCIÓN DE LA MUJER

2.2-EVALUACIÓN CLÍNICA

2.3-RECOGIDA DE MUESTRAS

2.4-TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PROFILÁCTICO

2.5-CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN

2.1-RECEPCIÓN Y ACOGIDA

- La paciente puede llegar al Servicio de Urgencias por distintas vías: ya sea por iniciativa propia, derivada desde los Servicio de Urgencia Extrahospitalaria, o acompañada por las fuerzas de Seguridad del Estado.

- La mujer que ha sufrido una agresión sexual necesitará una asistencia en condiciones de privacidad adecuadas, además de las condiciones de seguridad y confidencialidad comunes a todo proceso asistencial habitual.

- Todo el personal encargado de la atención de la paciente debe procurar un ambiente de empatía y confianza que le den seguridad a la paciente, intentando tranquilizarla y permitiendo su libre expresión.
- La primera atención en el Servicio de Urgencias Hospitalarias será: Triaje por personal de Enfermería. En esta zona del hospital podrá estar acompañada si lo desea.
- De una manera general si el paciente fuese mayor de 16 años desde ahí pasaría a cargo del Servicio de Ginecología, y en caso contrario pasaría a ser atendido por el Servicio de Pediatría.(aunque según el protocolo del hospital este aviso podría correr a cargo de un Médico de Urgencias tras el triaje por Enfermería).

- Una vez avisado a un Médico Adjunto del Servicio de Ginecología éste establecerá la primera toma de contacto con la paciente , procederá a establecer comunicación con el Juzgado de Guardia ,y a solicitar la presencia de un Médico Forense ,con el fin de realizar un a exploración conjunta y tramitar la recogida pertinente de muestras con interés legal.
- Este hecho es independiente de que la mujer no desee formular denuncia de los hechos tras la atención.
- La paciente tiene derecho a que se solicite a los Cuerpos de Seguridad del Estado que la acompañen tras el alta hospitalaria a tramitar la denuncia en las dependencias policiales pertinentes.

2.2-.EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA MUJER

Se realizará en presencia de Médico Forense y Enfermería, facilitando el libre relato de las agresiones sufridas.

- Las expresiones relatadas por la paciente sobre el relato de la agresión serán recogidas de forma literal en la historia clínica.
- Debe cuidarse el lenguaje de la preguntas formuladas, intentando adaptarlo a las capacidades de compresión que presente según su estado emocional ,su edad, y características socioculturales
- Se realizará la Anamnesis, la Valoración del estado emocional , la exploración física generalizada y la ginecológica.

- En la ANAMNESIS o historia clínica de la paciente, además de los datos que se recogen en una anamnesis habitual ,se recogerán los siguientes datos de la agresión:
- Fecha ,hora, y datos de la misma, tipo y mecanismo de lesión, datos relativos a la posibilidad de un embarazo en ese momento.
- Ante sospecha de Sumisión Química debe quedar registrado los posibles tóxicos ingeridos de forma involuntaria (Ej.: sabor raro en la bebida) así como los efectivamente ingeridos de forma voluntaria (alcohol y otras drogas).

- Además de la Anamnesis debe registrarse en la historia clínica una VALORACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL , además de su exploración física general y ginecológica.

- Se recogerán datos referentes a su respuesta psíquica inmediata y estrategias de afrontación, síntomas somáticos y comportamentales.

- Se realizará la EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL. Previamente a misma se le explicarán cada una de las acciones que se vayan a realizar durante la exploración y recogida de muestras, su utilidad , solicitando así su consentimiento, y respondiendo las dudas que nos pudiese plantear.
- Se describirán con especial detalle las lesiones, tanto en lo relativo a su localización, posible data, así como la NO existencia de las mismas

En lo relativo a la EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA:

El médico dejará registrado en la historia clínica si la paciente realizó alguna actuación que dificulte la recogida de muestras del agresor (higiene, cambio de ropa, etc.).

Se recogerán datos relativos a :

-Inspección de la vulva, características del vello pubiano, clítoris, labios mayores y menores, describiendo lesiones traumáticas si las hubiera o la inexistencia de ellas.

-Descripción del himen , incluyendo descripción de su forma, los bordes y eventuales lesiones traumáticas recientes así como su ausencia.

- Examen de la vagina en la mujer que haya tenido relaciones sexuales completas previamente.
- Examen y descripción del cérvix, con espéculo o colposcopio si se tuviese.
- Exploración del ano: tono del esfínter, lesiones traumáticas o su ausencia, descartar existencia de cuerpos extraños.
- Hay que destacar que la posibilidad de encontrar lesiones en las víctimas de sumisión química es menor dada la menor resistencia que pueden ofrecer al agresor.

2.3 -TOMA DE MUESTRAS

En la recogida de muestras se distinguen muestras para estudio forense (que tienen prioridad) y muestras para estudio microbiológico.

Finalizada la exploración y la toma de muestras se facilitarán a la paciente útiles y privacidad para el aseo si así lo solicita.

La recogida y tramitación de las MUESTRAS FORENSES, aquellas de interés jurídico, corresponde exclusivamente al forense.

La toma de muestras se realizará en el orden a continuación descrito.

En caso de penetración bucal ésta debe ser la primera muestra a recoger, puesto que desaparece con rapidez. Se usarán dos hisopos estériles , pasados sin frotar bajo lengua, en encías, dientes y paladar.

Existe un KIT DE RECOGIDA DE MUESTRAS, que está disponible en los Servicios de Urgencias Hospitalarias de Madrid, Asturias, Canarias, Almería, La Rioja y Extremadura, para la utilización forense.

Contiene lo necesario para recogida de muestra de la víctima (hisopos, viales con agua estéril, pinzas, peine, corta uñas con depósito..), su traslado (sobres y precintos) y material desechable (mascarilla-bata-guante, espéculo, sábana, bata, braga).

- Para la toma de muestras si ha habido penetración vagina se recogerán las muestras por el siguiente orden: en primer lugar con hisopo seco de genitales externos (vulva), en segundo lugar de vagina, y en último lugar cervical, recordando que si se precisa lubricación para el espéculo en la obtención de las muestras vaginal y cervical se podrá usar suero fisiológico.
- Tras la recogida de estas muestras , se podrían recoger las muestras para estudio clínico(por personal sanitario), y se realizaría finalmente un lavado vaginal con 10 ml de suero fisiológico para posible identificación de semen.
- En el caso de existir penetración anal precisaríamos dos hisopos estériles secos , y se tomaría un muestra de margen anal, y otra endoanal ,de canal rectal, por ese orden.

- Se hará una revisión completa de la superficie corporal, con objetos de poder obtener muestras de saliva, sangre, u otros fluidos en erosiones ,arañazos o mordeduras.
- Se peinará el vello púbico ,de forma suave, sobre un papel blanco. Serán remitidos para estudio los pelos desprendidos, el papel y el peine.
- Las prendas de ropa serán envueltas en una papel , y depositadas cada una de ellas en una bolsa independiente. Cada muestra judicial será identificada con nombre del forense ,la fecha, y el nombre de la paciente.
- Tanto las muestras tomadas como las prendas de ropa se guardarán en una nevera de Urgencias habilitada a tal efecto hasta que sea recogida por el personal del juzgado encargado, aunque en ocasiones son recogidas tras la exploración por el indicativo policial que preservando la cadena de custodia las traslada a la Policía Científica.

- El personal sanitario será el encargado de recoger las MUESTRAS PARA ESTUDIO CLINICO:
- Se valorará la recogida de restos de las uñas mediante recorte de las mismas.
- Muestras microbiológicas de la exploración ginecológica: las tomas se realizarán aprovechando la exploración ginecológica. Se recogerán después de la toma de muestras de esperma y antes de los lavados vaginales.
- Si ha habido penetración bucal se harán tomas par cultivo faríngeas para gonococo y clamydia;
- En caso de penetración vaginal: muestra endocervical con medio para PCR para Chlamydia trachomatis y Neisseria ghonorreae y cultivo para N. ghonorreae. Y muestra de vagina para examen en fresco para Trichomonas .
- Si ha habido penetración anal las tomas para cultivo serán rectales ,de gonococo y clamydia.

- Se realizará una extracción de sangre venosa periférica, para estudio de las siguientes serologías(bajo consentimiento expreso): sífilis, hepatitis B y C, y VIH.

- Además se solicitará b-HCG para descartar gestación actual, hemograma, y bioquímica con pruebas de función hepática y amilasa.

- Se solicitara un análisis toxicológico tanto en sangre como en orina, a fin de determinar la existencia de tóxicos con capacidad de alterar la voluntad.

2.4-TRATAMIENTO

1-Valorar atención psiquiátrica o psicológica de urgencia.

2-Profilaxis antitetánica, según el estado vacunal de la paciente en relación al Calendario Vacunal de nuestra Comunidad Autónoma y de la existencia o no de heridas de riesgo.

3-Contracepción de emergencia:

- - Si han transcurrido menos de 72 h de la agresión: levonorgestrel 1500 mcg dosis única vía oral (POSTINOR®, NORLEVO®). Autorizado en ficha técnica para mayores de 16 años
- - De han transcurrido mas de 72horas pero menos de 5 días: acetato de ulipristal 30 mg vía oral en dosis única (ellaOne®). Autorizado en ficha técnica para mayores de 18 años.
- -Si han transcurrido más de 5 días , valorar DIU.

4- Profilaxis VHB, en función del estado vacunal de la paciente:

- Vacunación correcta (3 dosis): no es necesaria profilaxis en Urgencias, extraer antiHBs para que pueda valorarse el estado vacunal en la consulta de Infecciosas.
- - Vacunación incompleta o no vacunado: hay que completar la vacunación, idealmente administrando una dosis de la vacuna menos de 24 horas tras la agresión. Se administra en el deltoides.
- Además, si el agresor tiene hepatitis B o se desconoce esta información, hay que administrar también la HBIG (dosis única intramuscular en el glúteo de 0.06 ml/Kg., máximo 5 ml, preferiblemente en las primeras 24 horas tras la agresión y siempre antes de los 7 días de la agresión).

- 5- Profilaxis de Infecciones de Transmisión Sexual: (Sífilis, Gonorrea ,Tricomonas y Clamidia).

- Se aconseja instaurar una pauta de tratamiento empírico con una dosis única de Ceftriaxona (250 MG vía intramuscular) más metronidazol 2 gramos vía oral ,más Azitromicina 1 gramo vía oral o Doxiciclina 100 mgs cada 12 horas durante 7 días.

6-Profilaxis VIH:

Se administra cuando la agresión se ha producido hace <72 horas (preferiblemente antes de las 6 horas) y ha existido contacto del semen, fluidos vaginales o sangre del agresor con ano, vagina o boca de la víctima o con zonas donde la esta afectada la integridad de la piel o mucosas, así como cuando existan mordeduras sangrantes.

- Aún así ,no se garantizará al 100% que se evite la transmisión del VIH , además, no está demostrada su eficacia después de las 72 horas.
- Previamente extraer hemograma y bioquímica con función renal y hepática basales.
- Duración del tratamiento: 28 días.
- Se recomienda una re-evaluación sobre adherencia y toxicidad a las 72 horas de inicia la Profilaxis Postexposición.

- La pauta postexposición más recomendada consiste en utilizar 2 ITAN (inhibidores de la transcriptasa análogos de nucleósidos/nucleótidos), asociados a un tercer fármaco antirretroviral (FARV) de otra familia.

Actualmente, por su mejor tolerancia y su mayor adherencia terapéutica , la combinación más utilizada consiste en:

los 2 ITAN tenofovir/emtricitabina (TDF/FTC) coformulados en un comprimido al día .

Cada comprimido recubierto lleva una película de 200 mgs de emtricitabina y 245 mgs de tenofovir disoproxilo. (TDx). No obstante, esta indicación no se recoge en ficha técnica en el momento actual.

Como tercer fármaco se puede utilizar un inhibidor de la integrasa (INI), recomendándose Raltegravir (RAL), un comprimido de 400 miligramos cada 12 horas. Tiene buena tolerancia, escasas interacciones farmacológicas y mayor experiencia que si se usa como tercer fármaco un inhibidor de la proteasa potenciado como Ritonavir (IP/r).

2.6- ASPECTOS LEGALES

- Una vez realizado el examen clínico y recogidas las muestras forense y las muestras para el laboratorio, incluyendo la ropa de la víctima o del agresor, se finalizará el peritaje registrando un pronóstico Médico-Legal de las lesiones.
- Las lesiones se califican como leves cuando el tiempo de curación es inferior a 15 días, menos graves de 15 a 30 días o graves si sobrepasa los 30 días.
- Además, se realizará una apreciación clínica final, indicando si la exploración es compatible o no con agresión sexual. No es un afirmación o negación del delito, sino una apreciación puramente clínica.

En caso de que la mujer sea derivada desde Urgencias de Atención Primaria a un servicio hospitalario, éste hecho no exime al médico que la deriva de cumplimentar el Protocolo de registro informatizado existente a tales efectos en el Servicio de Salud del Principado de Asturias para comunicar el hecho al Juzgado.

En caso de ser atendida directamente en un servicio hospitalario, el personal facultativo será el encargado de realizar el parte de lesiones independientemente de que la mujer quiera o no realizar denuncia.

El médico forense realizará un informe específico para el Juzgado.

3.BIBLIOGRAFIA

- 1. Montoya David, Díaz Ricardo, Reyes Fernando, Abusleme Carlos, Garrido Jaime. Peritaje médico legal en delitos sexuales: una pauta práctica para su correcta realización. Rev chil obstet ginecol 2004; 69(1).
- 2. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública . Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales. SA-97-2017 .
- 3. Alonso Jiménez Esperanza, Ramón Blanco José, Dueñas Carlos. Grupo de Expertos GeSida. Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con VIH,VHB, y VHC en adultos y niños. 2015.
- 4. Gloriana Arroyo. Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual. Vol. 33 (1), Marzo 2016. ISSN 1409-0015.

- 5. Documento de consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Infecc Microbiol. Clin 2016;34(2):121.e1-121.e15.
- 6. Asenjo Marta, Marañón Rafa, Míguez Conchita, Sánchez César. Protocolo de actuación ante una sospecha de abuso sexual .Revisión Octubre 2015.
- 7. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica. Actuación en la atención a menores víctimas en los institutos de medicina legal y ciencias forenses.2018.Nipo: 051-18-029-6.
- 8. Ministerio de salud Argentina . Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. 2.ª edición revisada y actualizada: abril 2015.

TEMA 70. SEDACIÓN PALIATIVA EN MEDICINA INTERNA.

- **MARÍA DEL CARMEN MARTÍNEZ SÁNCHEZ**

ÍNDICE

. Definición de sedación paliativa.
. Tipos de sedación.
. Principios éticos.
. Fármacos utilizados habitualmente
. Cuidados al paciente
. Cuidados a la familia

Definición de sedación paliativa

Es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad avanzada o terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios (y con su consentimiento explicito implícito o delegado)

Tipos

- Según el Objetivo.

  - Sedación Primaria: (buscada como finalidad).

  - Sedación Secundaria: (como efecto secundario de un tratamiento).

- Según la Temporalidad.

  - Sedación Intermitente: (permite periodos de alerta).

  - Sedación Continua: (sin periodos de descanso).

. Según la Intensidad.

  - Sedación superficial: (permite la comunicación con el paciente).

  - Sedación Profunda: (No permite la comunicación).

Principios éticos

- No Maleficencia: No permitir el sufrimiento del enfermo por el miedo de que se pueda adelantar la muerte al buscar el alivio de sus sufrimiento. (Evitar la obstinación terapéutica). El prolongar la vida de forma irracional y desproporcionada (distanasia)
- Justicia: Atención de calidad en la fase agónica.
- Autonomía: El paciente tiene derecho a decidir.
- Beneficencia: Exigencia ética de que los profesionales pongan sus conocimientos y dedicación.

Fármacos habituales

.Midazolam: Sedante de elección, de vida media 3-4 horas. Sedación breve y continua. Permite rescates.

.Levopromacina: Si hay delirium (primera elección) o no responde al midazolam.

.Fenobarbital: .Barbiturico de acción prolongada. Vía administración: IV, SC, IM. Si fallan midazolam y levopromacina.

.Haloperidol o propofol en los casos de fallo de los sedantes previos.

.Cloruro Mórfico y Meperidina

Cuidados al paciente

– Facilitar un lugar digno.

– Controlar los síntomas.

– Dar soporte emocional.

– Respetar sus deseos y dignidad.

– Presencia y accesibilidad.

– Asegurar continuidad asistencial.

Cuidados hacia la familia

- Informar de cambios relevantes en espacios adecuados.
- Facilitar la expresión.
- Compartir los cambios que se van produciendo.
- Invitar a participar en los cuidados.
- Reforzar la labor de los cuidadores.
- Valorar la necesidad de apoyo psicológico.
- Facilitar información de los aspectos burocráticos.

BIBLIOGRAFÍA

- Beauchamps T, Childress J. Principles of Bio-medical Ethics New York. Oxford University Press, 1.979.
- Simón Lorda P, Alarcos Martínez F. Ponencia: Ética y muerte digna. Comisión Autonómica de Ética e Investigación Sanitaria. 2008. Consejería de Salud Andalucía.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones ebn materia de información y comunicación.

- Ley 2/2010 de 8 de abril de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte. Simon Lorda P. Documento marco bioético y jurídico en cuidados paliativos. Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008-2012. 2008. Consejería de Salud de Andalucía
- Mercadante S, Porzio G, Valle A, Fusco F, Aielli F, Costanzo V, et al. Palliative sedation in patients with advanced cancer followed at home: a systematic review. J Pain Symptom Manage. 2011;41:754-60.

TEMA 71. LISTERIOSIS, OTRA ENFERMEDAD DE ALERTA ALIMENTARIA.

MARÍA ISABEL CHACÓN BAUTISTA
MARÍA JESÚS MORÁN CRIADO
TERESA REYES SÁNCHEZ

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN
- II. RESERVORIO
- III. SÍNTOMAS
- IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
- V. MODO DE TRASMISIÓN Y PERIODO DE INCUBACIÓN
- VI. PERSONAS DE RIESGO
- VII. PREVENCIÓN
- VIII. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

I. INTRODUCCIÓN

La listeriosis es una infección grave generalmente causada por el consumo de alimentos contaminados con la bacteria *Listeria monocytogenes*. Las características de esta bacteria son diferentes de las de otras, relativamente resistente al medio ácido (rango de pH de 4'3 a 9'6) y a altas concentraciones de sal (25'5% de ClNa), crece a bajas temperaturas, incluso por debajo de la temperatura de refrigeración (rango -1'5 a 50ºC). Se han identificado 13 serotipos de Lysteria monocytogenes y cuatro linajes distintos que están relacionados con los serotipos. Los serotipos que se han identificado en alimentos y muestras clínicas más frecuentemente son el 1/2a, 1/2b, 1/2c y 4b (96% de los aislamientos). La mayoría de los brotes están causados por el 4b.

Las bacterias pertenecientes al género Listeria son bacilos gram-positivos cortos, regulares, no esporulados ni ramificados, que suelen observarse en disposición individual o formando cadenas cortas. En cultivos viejos pueden aparecer formando filamentos de 6-20 mm de longitud. Presentan de 1 a 5 flagelos peritricos que les confieren movilidad a 28ºC. Las colonias son pequeñas (de 1 a 2 mm tras uno o dos días de incubación) y lisas. Al observarse a la lupa con epiiluminación, con un ángulo de la luz de 45º-60º, se observan reflejos de color azul-verdoso sobre una superficie finamente granular. Su temperatura óptima de crecimiento está entre 30ºC y 37ºC, pero pueden crecer a 4ºC en pocos días. definitorias deL. monocytogenes.

Listeria monocytogenes es la única implicada en patología humana, produce una toxina citolítica y hemolítica, llamada listeriolisina O, que actúa como un importante factor de virulencia. Se trata de una proteína de 52 kD que se secreta a pH bajo y baja concentración de hierro, condiciones presentes en el interior del fagolisosoma. Cuando es fagocitado, el microorganismo empieza a fabricar la listeriolisina, que se fija al colesterol y rompe la membrana del fagolisosoma. Este puede ser el principal factor que favorece su supervivencia intracelular, una de las características patogénicas más definitorias deL. monocytogenes.

II.RESERVORIO

Listeria se encuentra en el suelo, las plantas y el agua. Los animales, incluidos los bovinos, ovinos y caprinos, también pueden portar las bacterias.

El principal reservorio del microorganismo lo constituyen el suelo, el forraje, el agua, ensilados, ante cuyo empleo estacional como pienso con frecuencia sigue una mayor incidencia de listeriosis en los animales. Otros reservorios son los mamíferos infectados, domésticos y salvajes y aves de corral; así mismo los humanos también pueden actuar como reservorios. La capacidad de Listeria para formar biofilms en diferentes superficies, como acero, teflón, poliéster, etc, le permite sobrevivir largos períodos de tiempo en la industria alimentaria.

III. SÍNTOMAS

La listeriosis puede causar una variedad de síntomas, según la persona y la parte del cuerpo que haya sido afectada. La Listeria puede causar fiebre y diarrea similares a las causadas por otros microbios transmitidos por los alimentos, pero este tipo de infección por Listeria pocas veces es diagnosticada. Los síntomas en personas con listeriosis invasiva, es decir, que la bacteria se ha propagado más allá de los intestinos, dependen de si la persona está embarazada.

Mujeres embarazadas: Las mujeres embarazadas generalmente solo presentan fiebre y otros síntomas similares a los de la influenza, como fatiga y dolores musculares. Sin embargo, la infección durante el embarazo puede causar aborto espontáneo, muerte fetal, parto prematuro, o infecciones potencialmente mortales en el recién nacido.

Otras personas además de las mujeres embarazadas: Los síntomas pueden incluir dolor de cabeza, rigidez en el cuello, confusión, pérdida del equilibrio y convulsiones, además de fiebre y dolores musculares.

Las personas con listeriosis invasiva generalmente reportan síntomas entre 1 y 4 semanas después de haber comido alimentos contaminados con Listeria; algunas personas han reportado síntomas hasta 70 días después de la exposición, o tan temprano como el mismo día de la exposición.

Habitualmente se manifiesta como un cuadro febril leve, pero puede causar meningoencefalitis, septicemia o ambos en neonatos y adultos, y aborto en las gestantes. La meningoencefalitis (rara en la embarazada) puede comenzar de forma repentina o puede ser subaguda, particularmente en inmunodeprimidos y en ancianos. En el caso de la embarazada, que contagia la infección al feto, los niños pueden nacer muertos, o con septicemia o sufrir meningitis en el período neonatal, incluso aunque la madre sea asintomática.

El curso del posparto de la madre por lo común es normal, pero la tasa de letalidad es del 30% en los recién nacidos, y de casi de 50% cuando el cuadro comienza en los primeros 4 días de vida.

IV. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

La listeriosis generalmente se diagnostica cuando en un cultivo bacteriano (un tipo de prueba de laboratorio) crece la Listeria monocytogenes a partir de un tejido o líquido del cuerpo, como sangre, el líquido cefalorraquídeo o la placenta.
La listeriosis se trata con antibióticos. Se usa con frecuencia la ampicilina, ya sea sola o en combinación con otros antibióticos.

Al ser la listeriosis una enfermedad relativamente rara en humanos, no hay estudios prospectivos y controlados que establezcan el mejor tratamiento antibiótico. Actualmente se considera que las mejores opciones son la penicilina o la ampicilina, solas o asociadas a gentamicina. Se han descrito fallos terapéuticos con estos antibióticos, pero nunca se ha demostrado in vitro resistencia al compuesto b-lactámico utilizado.

En el manejo de estas infecciones son de gran importancia el empleo de dosis altas y la duración adecuada del tratamiento, que deben individualizarse. En las enfermedades graves como la cerebritis o la granulomatosis infantiseptica, el inicio precoz del tratamiento es fundamental para el control de la infección. Estudios in vitro han demostrado sinergia de ampicilina y penicilina con aminoglucósidos. Esta asociación debe utilizarse en casos de granulomatosis infantiseptica o de sepsis neonatal.

En aquellos pacientes con meningoencefalitis pueden asociarse aminoglucósidos, administrados por vía intratecal, al tratamiento base de penicilina o ampicilina. La combinación de trimetoprim y sulfametoxazol se ha utilizado con éxito en pacientes alérgicos a penicilinas, considerándose en la actualidad la terapia alternativa en esta circunstancia. La duración apropiada del tratamiento tampoco está clara. Tras dos semanas de terapia se han descrito recurrencias en pacientes inmunodeprimidos. Parece conveniente, por tanto, prolongar la terapia entre tres y seis meses en estos casos.

V. MODO DE TRASMISIÓN Y PERIODO DE INCUBACIÓN

La principal transmisión es a través de los alimentos contaminados (leche y quesos no higienizados (blandos), alimentos preparados como el paté, productos cárnicos loncheados, vegetales contaminados o productos de la pesca ahumados). Otras vías de contagio son la transmisión de madre a hijo, transplacentaria o a través del canal del parto. También se han notificado casos nosocomiales.

En veterinarios y granjeros se han observado infecciones cutáneas localizadas, por contacto directo con material contaminado

PERIODO DE INCUBACIÓN

El período de incubación es variable, de 3 a 70 días, con una mediana de 21 días.

VI. PERSONAS DE RIESGO

Es más probable que la infección por Listeria enferme a mujeres embarazadas y sus recién nacidos, adultos de 65 años o mayores y personas con el sistema inmunitario debilitado. Otras personas pueden contraer la infección por Listeria, pero rara vez se enferman de gravedad.

Presentan una elevada susceptibilidad los fetos y los recién nacidos, los ancianos, inmunodeprimidos, embarazadas y pacientes con condiciones subyacentes como alcoholismo, cirrosis, diabetes, neoplasias, etc. La infección en niños y adultos jóvenes normalmente produce un cuadro menos grave que en los ancianos y los inmunodeprimidos. Hay una fuerte asociación entre la inmunodepresión (sobre todo celular) y la listerioris invasiva.

Entre los inmunodeprimidos, hay que hacer especial mención de las neoplasias, sobretodo hematológicas, trasplantes de órganos, colagenosis, diabetes mellitus y SIDA
Se estima que 1600 personas contraen la listeriosis cada año y que aproximadamente 260 mueren por la enfermedad.

El hierro es un factor de virulencia para L. monocytogenes y desde un punto de vista clínico, los estados de sobrecarga de hierro constituyen factores de riesgo de listeriosis. Hay poca evidencia de inmunidad adquirida incluso después de infecciones graves y prolongadas.

VII. PREVENCIÓN

Cualquiera puede contraer la enfermedad. Pero es más probable que afecte a las mujeres embarazadas, fetos, personas de edad avanzada y personas con el sistema inmunitario debilitado. Para reducir el riesgo:

- Use los alimentos precocidos y las comidas listas para consumir lo antes que pueda
- Evite la leche y los productos lácteos sin pasteurizar
-Caliente los alimentos listos para consumir y las sobras hasta que les salga vapor
-Lave las frutas frescas y las verduras
-Evite las carnes y los mariscos ahumados poco cocidos

VIII. DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

L. monocytogenes se aísla fácilmente de muestras orgánicas habitualmente estériles como sangre, líquidos cefalorraquídeo y amniótico, placenta y tejido fetal. Estas muestras deben ser remitidas al laboratorio y procesadas tan pronto como sea posible o en su defecto conservarse a 4ºC durante un máximo de 48 h. Las muestras clínicas habitualmente estériles pueden ser inoculadas directamente en medios habituales como el agar sangre.

Las muestras de sangre pueden inocularse en cualquier sistema convencional de hemocultivos. Para el estudio de portadores las muestras de heces son más productivas que las torundas rectales. Las muestras de heces deben ser inoculadas en un medio de enriquecimiento selectivo, de los que existen diversas formulaciones. Las muestras no estériles pueden conservarse a 4ºC durante 24-48 h como máximo. Si se va a producir una mayor demora en su procesamiento deben ser congeladas a -20ºC para evitar el sobrecrecimiento bacteriano.

Este tipo de muestras, asi como las alimentarias, deben ser enriquecidas con un medio selectivo para Listeria spp. antes de sembrarse en placas. Tradicionalmente se ha usado un método de enriquecimiento en frío, utilizando un caldo de crecimiento no selectivo mantenido a 4ºC durante dos o más meses para su posterior subcultivo en placas. En los últimos años se han desarrollado distintos métodos de enriquecimiento selectivos como el USDA y el NGFIS, con los que se consigue una reducción importante en el tiempo necesario para su aislamiento.

No obstante ninguno alcanza una sensibilidad del 100%. Identificación de género. La observación en la tinción de Gram de una colonia de bacilos gram-positivos que sean catalasa positivos, produzcan ácido de la D-glucosa, hidrolicen la esculina, den positivas las reacciones de Voges-Proskauer y del rojo metilo y sean móviles, debe hacernos pensar que nos encontramos ante una bacteria perteneciente al género Listeria. Debido a que comparte algunas características con otros géneros bacterianos gram-positivos, se debe establecer el diagnóstico diferencial con algunos de ellos.

Del género Streptococcus puede diferenciarse por la tinción de Gram (bacilo gram-positivo), la movilidad (móvil), la prueba de la catalasa (positiva) y la sensibilidad a la gentamicina (sensible). De Erysipelothrix rhusiopathiae puede diferenciarse por el crecimiento a 4ºC (crece), la prueba de la catalasa (positiva), la movilidad (móvil) y la sensibilidad a la vancomicina (sensible). De las corinebacterias móviles, por la hidrólisis de la urea (negativa), la reacción de Voges-Proskauer (positiva) y por la producción de ácido de la D-glucosa en condiciones estrictamente aerobias (positiva).

Identificación de especie. La identificación de especie es importante ya que todas los miembros del género Listeria son capaces de contaminar alimentos pero sólo L. monocytogenes produce patología en humanos. Dicha identificación se realiza mediante unas pocas reacciones bioquímicas y la capacidad de producir hemólisis, característica esencial para distinguir L. monocytogenes de L. innocua, que es la especie no patógena aislada con más frecuencia.

Sólo tres especies son hemolíticas, L. monocytogenes, L. seeligeri y L. ivanovii. Las dos primeras producen una estrecha zona de hemólisis, a veces limitada al diámetro de la colonia; L. ivanovii muestra una hemólisis amplia. La prueba de CAMP es positiva para L. monocytogenes y L. seeligeri en la proximidad de una estría de Staphylococcus aureus, mientras que L. ivanovii sólo da positiva la prueba de CAMP en presencia de una estría de Rhodococcus equi.

En cuanto a la producción de ácido de los carbohidratos, L. monocytogenes presenta un perfil D-xylosa negativa y a-metil D-manósido positivo que la distingue de las otras especies hemolíticas. Existen pruebas bioquímicas miniaturizadas en una galería específicamente creada para este género, el API Listeria (bioMérieux, Francia). También está disponible una sonda de DNA para la identificación rápida de L. monocytogenes a partir de colonias cuyo revelado se basa en una técnica de quimioluminiscencia.

Técnicas de tipificación. Mediante estas técnicas se consiguen diferenciar distintos subtipos dentro de la misma especie. Se aplican en estudios taxonómicos y sobre todo en estudios epidemiológicos (localización del origen de los brotes epidémicos, encuestas y seguimiento epidemiológicos, etc). Entre las técnicas fenotípicas se usan la serotipificación, la tipificación por fagos y la electroforesis enzimática (MLEE). Por la serotipificación se ha llegado a la conclusión de que la mayoría de la patología en humanos es producida por los serotipos 1/2a, 1/2b y 4b.

SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA El patrón de sensibilidad a los antibióticos de L. monocytogenes ha permanecido relativamente estable con el paso de los años. Generalmente, este microorganismo es sensible a una amplia gama de antibióticos como penicilina, ampicilina, gentamicina, eritromicina, tetraciclinas, rifampicina, cotrimoxazol y vancomicina. Presentan una pobre actividad las fluorquinolonas actuales y las cefalosporinas, especialmente las de tercera y cuarta generación como cefotaxima y cefepima.

Casi todas las cepas son resistentes a fosfomicina.
Se han descrito resistencias a macrólidos y a tetraciclinas en algunos aislamientos; suelen estar codificadas por plásmidos, aunque también hay casos de resistencia a tetraciclinas codificada por el cromosoma. La rifampicina tiene muy buena actividad in vitro pero se seleccionan cepas resistentes durante el tratamiento con mucha facilidad. Existe un caso de resistencia a trimetoprim en una cepa de L. monocytogenes, por un mecanismo desconocido hasta ahora.

Aunque se han descrito fracasos clínicos en tratamientos con penicilina o ampicilina, no se ha encontrado ninguna cepa resistente a estos antibióticos. La mayor parte de los antibióticos se muestran bacteriostáticos frente a L. monocytogenes. En particular los b-lactámicos tienen un gran intervalo entre la CMI y la CMB. Sólo se ha observado actividad bactericida en los aminoglucósidos, glucopéptidos y cotrimoxazol (principalmente asociada al trimetoprim)

BIBLIOGRAFÍA

- Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 19 Edición. Washington: American Public Health Association, 2008, p357-361.
- Human Listeria monocytogenes infections in Europe - an opportunity for improved European surveillance. J Denny, J McLauchlin. Eurosurveillance Vol 13:13, 27-05- 2008
- B. Sawaminathan, P. Gerner-Smidt. The epidemiology of human listeriosis. Microbes an Infection. 2007; 9:1236-1243.
- Bennett Lorber. Listeria monocytogenes. En: Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica. Elsevier, 6ª edición. Madrid, 2006; pag. 2478-2484.
- SWAMINATHAN B., ROCOURT J., BILLE J. Listeria. En: MURRAY PR, et al. (eds.), Manual of clinical microbiology, 6ª ed. American Society for Microbiology, Washington 1995, pp. 341-348.

- ARMSTRONG D. Listeria monocytogenes. En: MANDELL GL, et al. (eds.). Principles and practice of infectious diseases, 4ª ed. Willey and Sons, New York 1995, pp. 1880-1885.
- Seimc.org. 2018 [actualizado 10 Abril 2018]. Disponible en: **https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/bacteriologia/listeria.pdf**
- Infecciones por Listeria. Facmed.unam.mx. 2010 [actualizado 11 Abril 2018]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/pdf/Listerias_Medicine2010.pdf
- Listeria (Listeriosis) | Listeria | CDC en Español. Cdc.gov. 2018 [actualizado 10 Abril 2018]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/listeria/index.html
- CDC frequently asked questions about listeriosis. En: http://www.cdc.gov/nczved/dfbmd/disease_listing/listeriosis_gi.html
- Protocolo de vigilancia y alerta de la listeriosis. Junta de Andalucía 2010 [actualizado septiembre 2011]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af95879ccf19_pr_listeriosis2011_2.pdf

TEMA 72. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL TRASTORNO BIPOLAR.

- LAURA SALCEDA GARCÍA
- MARIA DEL MAR GARCÍA PRESA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- El Trastorno bipolar, se considera un trastorno mental grave caracterizado por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre la manía, fase de exaltación, euforia o grandiosidad y la depresión, o fase donde predominan la tristeza, inhibición e ideas sobre la muerte. Limita la funcionalidad del paciente y requiere un abordaje psicosocial y farmacológico.
- Hay distintos factores que pueden influir en su aparición:
- Alteraciones Genéticas
- Anomalías Cerebrales
- Irregularidades Neurohormonales
- Influencias Psicosociales

Tipos de Trastorno Bipolar:

- Trastorno Bipolar I: Episodio completo de manía junto con depresión grave.
- Trastorno Bipolar II: Nunca han experimentado un episodio maníaco completo, pero si periodos de niveles elevados de energía e impulsividad tan extremos como la manía. Se alternan con episodios de depresión.
- Ciclotimia: Forma leve del trastorno bipolar, con fluctuaciones del ánimo menos intensas.

Signos y Síntomas:

- Manía: autoestima elevada y cogniciones megalomaníacas, el curso del pensamiento y habla es rápido y acelerado.
- Hipomanía: Episodios parecidos a la manía, pero menos intensos y más cortos,
- Depresión Bipolar.

- El diagnostico de TB es tardío y dificultoso, suele pasar una media de 8 años entre el primer contacto con los profesionales de la salud y la realización del diagnóstico bipolar. EL escaso conocimiento de la clínica hipomaníaca favorece que reciban el diagnóstico de depresión unipolar cuando realmente tiene una depresión bipolar.
- Se pueden tomar todas o algunas de las siguientes medidas:

-Historia familiar, preguntar acerca de los antecedentes familiares.

-Preguntar acerca de las fluctuaciones del estado de ánimo recientes y por cuánto tiempo las ha experimentado.

-Investigar causas somáticas, para llevar a cabo un examen completo para buscar enfermedades que puedan estar causando los síntomas. -Solicitar pruebas de laboratorio para verificar problemas de tiroides o niveles de drogas.

-Hablar con la familia respecto al comportamiento y su actitud en la

vida diaria

-Elaborar la historia clínica.

-Vigilar el comportamiento y el estado de ánimo.

Tratamiento Farmacológico:

- Estabilizadores del humor: litio y anticonvulsivantes.
- Antipsicóticos
- Antidepresivos y ansiolíticos

Tratamiento no Farmacológico:

- Terapia Cognitivo Conductual: modificar las distorsiones cognitivas sobre la enfermedad, monitorear las recaídas, la severidad, y el curso de los síntomas.
- Terapia Familiar: mejorar el funcionamiento familiar mediante la psicoeducación del paciente y sus vínculos.
- Psicoeducación: Pretende enseñar al paciente numerosos aspectos de la enfermedad que le ayuden a convertirse en un colaborador activo en el manejo de la misma.

OBJETIVOS

- **Objetivo general:** Conocer el papel de la enfermería en el tratamiento y cuidados del trastorno bipolar.

- **Objetivos específicos:**

-Conocer que es el trastorno bipolar

-Identificar las actividades llevadas a cabo por los profesionales de Enfermería en el cuidado del trastorno bipolar a nivel ambulatorio

-Analizar el papel de enfermería en los programas de psicoeducación para el trastorno bipolar.

-Determinar la figura de enfermería en la educación para la salud de los pacientes con trastorno bipolar.

METODOLOGÍA

- Se realiza una revisión bibliográfica
- Palabras clave: Trastorno Bipolar, Cumplimiento terapeútico, Intervención de Enfermería, Psicoeducación.
- La búsqueda se ha realizado en diferentes bases de datos científicas como PubMed, La biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, Scielo y Cuiden. De un total de 525 artículos, finalmente se han seleccionado los más relevantes para la realización de este trabajo, que han sido 11 artículos.
- La búsqueda se realizó desde Enero a Junio de 2019, seleccionando aquellos documentos que relacionasen la actividad enfermera con el trastorno bipolar, con datos epidemiológicos y tratamientos, en los idiomas de español e inglés.

RESULTADOS

Tratamiento Farmacológico con Litio:

- Es el fármaco principal a usar. Se reconoce que es intervención enfermera el manejo, se debe favorecer la adquisición de conocimientos por parte del paciente mediante una serie de intervenciones.
- El personal de enfermería también debe dar una serie de consejos y precauciones que conlleva el tratamiento con este fármaco y son: seguir una dieta normosódica e ingerir abundantes líquidos, evitar tomar alcohol y cafeína, evitar el embarazo ya que el litio atraviesa la barrera placentaria y no debe tomarse en los tres primeros meses de gestación, evitar la lactancia y realizar ejercicio físico.
- Objetivos a conseguir: Estabilidad del estado de ánimo a través de un tratamiento correcto y evaluarlo periódicamente, procurar que se fomente la adherencia al tratamiento y detectar su incumplimiento, prevenir una intoxicación en el paciente, valorar los efectos secundarios (diarreas, temblor de manos, polidipsia y poliuria, hipotiroidismo) y educar al paciente y familia sobre el tratamiento

Adherencia al Tratamiento:

- La comunicación entre la enfermera y su paciente supone un factor de gran importancia. Esta relación comunicativa implica un ejercicio interpersonal fundamental para el tratamiento. Si esta relación es óptima, los pacientes adoptan una actitud favorable ante los tratamientos terapéuticos, ya que cuentan con el apoyo de enfermería y de trabajo social. Así mismo, el cumplimiento mejora.

Psicoeducación:

- Es uno de los abordajes más utilizados en el manejo del trastorno bipolar. Ofrece un enfoque teórico y práctico hacia la comprensión y manejo de las consecuencias de la enfermedad y permite a los pacientes colaborar de forma activa. Trata también las reacciones emocionales de los paciente, fomentan el cumplimiento terapéutico, previene recidivas, permite el entrenamiento en habilidades e incluye estrategias orientadas a reforzar el funcionamiento social y laboral.

DISCUSIÓN

- Más de la mitad de los pacientes con trastorno bipolar presentan problemas de adherencia y de abandonos del tratamiento farmacológico.
- Enfermería debe actuar durante los momentos de descompensación, tanto en la manía, como en la depresión, dirigiendo los cuidados al control de síntomas y a retomar una rutina de autocuidado que permita a la mente organizarse para poder contribuir a la recuperación.
- Es esencial estimular la relación terapéutica con el paciente, brindando unos cuidados que le ayuden a conseguir conciencia de la enfermedad, y una buena adherencia al tratamiento.
- Hay que establecer una escucha empática mediante la cual el paciente exprese sus emociones.

CONCLUSIONES

- Si se realizan unas correctas intervenciones sobre estos pacientes, se mejorará la calidad de vida y el pronóstico de la enfermedad.
- Es altamente efectiva la combinación del tratamiento farmacológico con la terapia psicoeducativa.
- La implicación de la enfermería es esencial en el control, seguimiento e intervención, para mejorar la adherencia terapéutica mediante distintas estrategias.
- Está demostrado que la psicoeducación delegada en enfermería es efectiva en la prevención de recaídas y en la reducción del número de reingresos.
- Las intervenciones enfermeras también deben dirigirse a la familia del paciente, ya que la implicación de éstos en el proceso terapéutico fomenta la rehabilitación del enfermo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bellido Mainar JR, Sanz Valer Patricia. Buenas prácticas. El cuidado y la promoción de la autonomía personal en el trastorno bipolar. Manual para el cuidador [Internet]. Aragón: Gobierno de Aragón, departamento de servicios sociales y familia, 2013 [acceso 26 Marzo 2019] Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBie
- Tondo L. El tratamiento a largo plazo del trastorno bipolar. Psicodebate [revista en internet] 2014 [acceso 26 Abril 2019], 14 (2): 83-100. Disponible en: https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/350
- Bordas Reig R, Trastorno bipolar. FMC [revista en internet] 2013 [acceso 28 Marzo 2019]; 20(10):565-72. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/journal/11342072/20
- Domínguez LO, Medina OO, Cabrera SGA. Intoxicación con litio. Anales de Medicina Interna [revista en internet] 2006 [acceso 15 Marzo 2019] 23:441-445. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212- 71992006000900010

TEMA 73. LA ENFERMEDAD DE LAS VACAS LOCAS: NUEVAS APORTACIONES DIAGNÓSTICAS POR IMAGEN.

TANIA HIERRO TORNER

CYNTHIA VIDAL CAMEÁN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y MÉTODOS
- HALLAZGOS
- RESULTADOS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Creutzfeld-Jacob (ECJ), es una afección neurológica rara que alcanzó proporciones epidémicas en la década pasada [1].

Su relevancia radica en las características únicas de su agente infeccioso y al hecho de que sea rápidamente progresiva e invariablemente mortal.

Está causada por una proteína (prión) que induce al pliegue anormal de otras proteínas, lo que afecta a su funcionamiento.

INTRODUCCIÓN

Existen tres tipos de ECJ:

•Esporádica: de etiología desconocida en pacientes sin factores de riesgo, son la mayoría de los casos (85%).

•Hereditaria: historia familiar de la enfermedad o pruebas positivas a la mutación genética asociada a la ECJ.

•Adquirida (1%): transmisión por exposición directa al prión como puede suceder al ingerir carne infectada (enfermedad de las vacas locas), transfusiones de hemoderivados, trasplante de órganos sólidos, instrumentos quirúrgicos…etc

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de la enfermedad es difícil, fundamentales etapas iniciales, en las que se puede confundir con otros procesos.

Por ello la OMS ha elaborado unos criterios diagnósticos [2]:

- Definitiva:
  -Confirmación neuropatológica.
  -Detección de isoformas anormales de la proteína priónica confirmada por inmunohistoquímica o western blot.
  -Degeneración fibrilar de tipo scrapie.

INTRODUCCIÓN

- Probable:
  -Demencia progresiva.
  -Al menos 2 de los siguientes hallazgos clínicos:
    -Mioclonías
    -Alteraciones visuales o cerebelosas
    -Signos piramidales/extrapiramidales
    -Mutismo acinético
    -Presencia de EEG típico de ECJ (descargas sincrónicas periódicas) o positividad de la proteína 14.3.3 en LCR
    -Supervivencia inferior a 2 años desde el inicio de la clínica

INTRODUCCIÓN

- Posible:
  -Cuadro clínico como el mencionado previamente.
  -No se dispone de EEG o no es un EEG típico de ECJ.
  -No se ha detectado proteína 14.3.3 en LCR o no se ha realizado la prueba.
  -Supervivencia inferior a 2 años desde el inicio de la clínica.

OBJETIVOS

Valorar los hallazgos en la resonancia magnética (RM) en nuestros casos antes de la sospecha clínica diagnóstica de la Enfermedad de Creutzfeld-Jakob.

Corroborar la mayor sensibilidad, ya conocida, de la secuencia de difusión .

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados con la ECJ en nuestro centro durante los años 2002-2018: un total de 10 pacientes y 15 RMN.

Todos los pacientes se estudiaron mediante RMN cerebral en dos equipos de 1,5 T.

El protocolo de secuencias fue plano sagital T1 FSE IR y axiales oblicuos FSE T2, FLAIR y difusión eco planar b 1.000s/mm2

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, clínica, tiempo de supervivencia desde el inicio de la clínica, presencia de la proteína 14.3.3 en el LCR, características del EEG y hallazgos en RM cerebral y diagnóstico de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados con la ECJ en nuestro centro durante los años 2002-2018: un total de 10 pacientes y 15 RMN.

Todos los pacientes se estudiaron mediante RMN cerebral en dos equipos de 1,5 T.

El protocolo de secuencias fue plano sagital T1 FSE IR y axiales oblicuos FSE T2, FLAIR y difusión eco planar b 1.000s/mm2

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, clínica, tiempo de supervivencia desde el inicio de la clínica, presencia de la proteína 14.3.3 en el LCR, características del EEG y hallazgos en RM cerebral y diagnóstico de la enfermedad.

HALLAZGOS

Los hallazgos en RM pueden ser unilaterales o bilaterales y simétricos o asimétricos:

•Localizaciones características:

-Córtex: la manifestación precoz más común.

-Ganglios de la base (estriado): putamen y caudado.

-Tálamo: menos frecuente, signo del pulvinar (Enfermedad de las Vacas Locas) y signo del hockey stick.

HALLAZGOS

- DWI/ADC: la restricción a la difusión persistente está considerado el signo más sensible de enfermedad.

- También se objetivan hallazgos patológicos en la secuencia FLAIR y en menor medida T2.

- Los estudios de seguimiento han demostrado progresión de los hallazgos y desarrollo de atrofia rápidamente progresiva.

RESULTADOS

- De los 10 pacientes: 6 fueron hombres y 4 mujeres.
- La edad media se situó en los 72 años.
- La supervivencia desde el inicio de los síntomas fue de unos 5 meses.
- En el 70% de los casos se determinó la existencia de la proteína 14.3.3 en el LCR.
- El 60% de los pacientes presentaba un EEG típico de ECJ: descargas sincrónicas periódicas.

RESULTADOS

- En base a los criterios diagnósticos de la OMS, los pacientes fueron clasificados como:

  -Enfermedad definitiva: 5 pacientes.

  -Enfermedad probable: 4 pacientes.

  -Enfermedad posible: 1 paciente.

RESULTADOS

- Se le realizó TC de cerebro a 9 pacientes, que en ninguno de los casos aportó datos relevantes para la edad.

- Todos los pacientes se sometieron al menos a una exploración por RMN cerebral que en el 90% de los casos presentaron hallazgos patológicos desde el inicio.

- El tiempo transcurrido entre la realización del TC cerebral y la RMN cerebral fue de 9 días.

RESULTADOS

- La RMN inició la sospecha de ECJ en el 40% de los casos antes de que se mostrase la clínica sugestiva.

- La afectación en el primer estudio fue:

-50% de los pacientes presentaron alteración cortical exclusiva.

-En el 40% las alteraciones empezaron en el neoestriado.

-Sólo en el 10% de los casos se visualizó afectación tanto de la corteza como de ganglios basales en la RMN de inicio.

RESULTADOS

- La secuencia que mostró alteraciones de la señal con mayor frecuencia, y por tanto más sensible, fue la difusión: anormalidades en el 80% de los pacientes.

- La secuencia FLAIR mostró alteraciones en el 70% de los casos.

- La secuencia T2 sólo recogió cambios en el 10% de los casos siendo insensible para la detección de afectación cortical.

RESULTADOS

- La localización más comúnmente afectada fue la corteza frontal: anormalidades en la señal del 60% de los casos.
- La afectación del núcleo neoestriado fue la segunda en frecuencia, con alteraciones en la mitad de los pacientes.
- Cabe señalar la existencia de un paciente con datos de variante: afectación del pulvinar talámico.

RESULTADOS

- Se hizo seguimiento en 4 de los casos:

  -En 3 de estos pacientes se produjo progresión tanto en la localización de las lesiones como en la alteración de la señal de las secuencias.

  -La afectación cortical unilateral progresó a bilateral en 3 de 4 casos.

  -En la mitad de los casos el núcleo neoestriado pasó de mostrar señal conservada a patológica.

RESULTADOS

- Nuestra revisión sigue la línea de los últimos estudios publicados: los hallazgos en RM pueden preceder a la clínica sugestiva de la enfermedad.

- A diferencia de otras series hemos encontrado afectación exclusiva de inicio en el núcleo neoestriado, presente en el 40% de los pacientes.

- La difusión es la técnica más sensible en la detección de las alteraciones producidas por la ECJ.

- El ADC puede ayudar en el diagnóstico ante hallazgos sutiles en otras secuencias.

BIBLIOGRAFÍA

- L. López Carreiraa, V. Armesto Pérez b, P. González Gutiérrez, Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob: hallazgos en resonancia magnética. Radiología 2009; 51:487-94
- Cardoso Fragoso d, Lio da Mota GonÇalves Filho A, Torres Pacheco F et al. Imaging of Creutzfeldt-Jakob Disease: Imaging Patterns and Their Differential Diagnosis. Radiographics 2017, Volume 37-1
- Tschampa, Henriette J., Inga Zerr, and Horst Urbach. Radiological assesment of Creutzfeldt-jakob disease. European radiologya 2007 ; 17.5: 1200-1211
- Puoti G, Bizzi A, Forloni G, et al. Sporadic human prion disease: molecular insights and diagnosis. Lancet Neurol 2012; 11:618.

- Ukisu R, Kushihashi T,Tanaka E et al.Diffusion-weighted MR Imaging of Early-Stage Creutzfeldt-Jakob Disease: Typical and Atypical Manifestations. Radiographics 2006 Volume 26-1
- Ukisu R, Kushihashi R, Kitanosono et al. Serial Diffusion-Weighted MRI of Creutzfeldt-Jakob Disease. Radiographics 2005, Volume 184-2
- Samiin J, Godschalk A, Demir R et al. Cortical Diffusion Restriction as the Single Abnormality on MRI in Creutzfeldt-Jakob disease. Neurol Neurother 2015, Volume 2-1
- Verde F, Ticozzi N, Messina S.MRI abnormalities found 1 year prior to symptom onset in a case of Creutzfeldt–Jakob disease. Journal of Neurology, March 2016, Volume 263

TEMA 74. EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

- LEIRE AZCONA CIRIZA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- Un trasplante de médula ósea (TMO) es un procedimiento que reemplaza las células madre defectuosas de la médula ósea (MO) de una persona.

- Su objetivo es la sustitución de una hematopoyesis anómala y/o eliminación de una neoplasia.

- La hematopoyesis es el proceso de fabricación de la sangre, en las adultas tiene lugar en la médula ósea. Los progenitores hematopoyéticos (PH) son las células madre responsables de la hematopoyesis.

INTRODUCCIÓN

- El TMO tiene riesgos graves. Algunas complicaciones pueden ser potencialmente mortales. Sin embargo, para algunas personas es la mejor esperanza para una cura o una vida más larga.

- En este proceso el papel de enfermería es crucial ya que ofreciendo cuidados personalizados y adaptados a las circunstancias de cada paciente se logrará una evolución más satisfactoria.

OBJETIVO

- Actualizar los conocimientos acerca del TMO.
- Describir los conceptos más importantes sobre el TMO.
- Desarrollar las fases del TMO.
- Capacitar los profesionales de enfermería para proporcionar la ayuda necesaria para mejorar la adaptación del paciente y su familia al trasplante.

METODOLOGÍA

- Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica mediante las bases de datos, ScieLo, Science Direct, CUIDEN y Google Académico. Se utilizan como descriptores " Bone Marrow Transplantation", "stem cells", "complications" "nursing care" relacionándolos con los operadores booleanos AND y OR.

- Se seleccionan artículos en inglés y español, con acceso al texto completo y de publicación posterior al año 2012.

- Además se hace una consulta de las guías y protocolos de sociedades científicas.

RESULTADOS

PROCEDENCIA DE LOS PROGENITORES

- ***AUTÓLOGO:*** Los progenitores hematopoyéticos que regenerarán la MO tras el tratamiento de acondicionamiento, proceden del propio paciente previa extracción y criocongelación. No se trata de un trasplante real, se basa únicamente en la erradicación tumoral mediante dosis altas de quimioterapia y radioterapia.

- ***ALOGÉNICO:*** Los PH que se administran al paciente (receptor ó huésped) proceden de otra persona sana (donante).

RESULTADOS

- Según el tipo de donante:
  - Donante familiar HLA compatible.
  - Gemelos idénticos desde el punto de vista genético e inmunológico.
  - Donante no familiar HLA compatible (no relacionado, no emparentado)
- Según la intensidad del acondicionamiento:
  - Convencional o mieloablativo: Produce aplasia medular, mieloablación severa puede ser total e irreversible.
  - No mieloablativo: Trasplante de intensidad reducida (TIR):
    - Mini alo: mieloablación leve, producen aplasia leve o moderada.
    - Micro alo: no provocan aplasia.

RESULTADOS

PROCEDENCIA DE LAS CELULAS

- **Médula ósea:** Las células se obtienen mediante múltiples punciones/aspiraciones de médula en las crestas iliacas, se realiza en quirófano bajo anestesia general. Actualmente en desuso.
- **Sangre periférica:** Las células proceden del torrente sanguíneo y es necesaria la estimulación previa de la médula ósea con G-CSF (factor estimulante de colonias granulocíticas) para la producción y liberación de células madres a sangre periférica y su posterior recolección.
- **Cordón umbilical:** Inmediatamente tras el parto, se recolecta unos 100 ml de sangre del cordón y la placenta, muy ricos en PH. Reservado para niños o adultos de poco peso por la escasa cantidad de células recolectadas.

RESULTADOS

INDICACIONES

Trasplante Autólogo:

- Mieloma Múltiple
- Leucemia Aguda
- Leucemia Crónica
- Enfermedad de Hodgkin
- Linfoma no Hodgkin
- Enfermedades autoinmunes

Trasplante Alogénico:

- Enfermedades adquiridas.
  - Leucemias agudas.
  - Leucemia mieloide crónica.
  - Aplasia medular severa.
  - Síndromes mielodisplásicos.
- Enfermedades hereditarias.
- Linfomas
- Mieloma

RESULTADOS

FASES

- **Selección del donante:** Estudio de compatibilidad HLA.
- **Estimulación o movilización medular:** De manera ambulatoria se administra al paciente G-CSF por vía subcutánea para aumentar el número de células progenitoras en médula y su liberación al torrente sanguíneo.
- **Aféresis:** Es la recolección de células madre de sangre periférica mediante una máquina que se conectará al paciente. Los accesos serán periféricos o a través de un catéter central en caso de no tener un buen acceso venoso periférico. La recogida se realiza en una o dos sesiones de unas cuatro horas cada una y de forma ambulatoria.

RESULTADOS

- **Criopreservación:** Las bolsas con las células recolectadas a las que se añade una determinada cantidad de un conservante llamado dimetilsulfóxido (DMSO) se congelan gradualmente en nitrógeno líquido hasta alcanzar una temperatura de -186º.
- **Acondicionamiento:** Es la administración de altas dosis de quimioterapia y/o radioterapia, con el objetivo es destruir las células malignas residuales del receptor. Produciéndose una mieloablación completa por ello, el paciente debe ser ingresado en una habitación de aislamiento de la unidad de Hematología.

RESULTADOS

- **Infusión de las células: *Día cero*.** Se realiza al día siguiente de finalizar el acondicionamiento. Se procede de forma similar a una transfusión sanguínea por un catéter venoso central bilumen. Dura entre 30 minutos y dos horas:
  - AutoTPH: infusión rápida, el hemoderivado se infundirá muy frío, para evitar la toxicidad que el conservante (DMSO) provoca en las células madre.
  - AloTPH: Generalmente no se congela, raramente ocasiona efectos secundarios y se infunde más lento y a temperatura ambiente.

✓ La enfermera vigila las constantes vitales del paciente y la aparición de efectos secundarios

RESULTADOS

- **Aplasia:** destrucción de la médula ósea normal residual por la quimioterapia y/o radioterapia.

- **Recuperación hematológica e inmunológica:** Se trata de la fase más larga, ya que se prolonga hasta que el paciente alcanza unas cifras sanguíneas adecuadas y presenta un buen estado físico. Los profesionales de enfermería tienen una participación activa en el cuidado integral del paciente.

RESULTADOS

COMPLICACIONES

- **Infecciosas:** el estado de inmunosupresión, puede facilitar procesos infecciosos de tipo bacteriano de origen respiratorio, intestinal, rectal y vaginal.

- **Hematológicas:** sangrado, petequias, equimosis, epistaxis, anemia y leucopenia provocadas por la trombocitopenia.

- **Músculo esqueléticas:** dolor muscular y mucositis.

RESULTADOS

COMPLICACIONES

- **Nutricionales:** desnutrición e hipoalbuminemia secundarias a disminución de ingesta.
- **Hidroelectrolíticas:** causadas por diarrea y vómito.
- **Alteraciones renales, hepáticas, dermatológicas.**
- **Enfermedad injerto contra huésped (EICH):** también llamado rechazo del trasplante.

RESULTADOS

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
00002: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	1004 Estado nutricional	5246 Asesoramiento nutricional
		1100 Manejo de la nutrición
		4130 Monitorización de líquidos
		1200 Terapia nutricional
00025: Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos	1902 Control del riesgo	4120 Manejo de líquidos
	0601 Equilibrio hídrico	
	0603 Severidad de la sobrecarga de líquidos	
00013: Diarrea	2000 Calidad de vida	0460 Manejo de las diarreas
	1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas	1804 Ayuda con los autocuidados: micción/defecación
	0501 Eliminación intestinal	
	2103 Severidad de los síntomas	
00096: Deprivación del sueño	0004 Sueño	1850 Fomentar el sueño
	0003 Descanso	5820 Disminución de la ansiedad
		6482 Manejo ambiental: confort
		2380 Manejo de la medicación

RESULTADOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
00094: Riesgo de intolerancia a la actividad	1902 Control del riesgo	4310 Terapia de actividad
	0005 Tolerancia a la actividad	0140 Fomentar la mecánica corporal
		4410 Establecimiento de objetivos comunes
00126: Conocimientos deficientes	1813 Conocimiento: regimen terapeutico	5616 Enseñanza : proceso enfermedad
	1808 Conocimiento: medicación	7110 Fomentar implicación familiar
		7140 Apoyo a la familia
00153: Riesgo de baja autoestima situacional	1902 Control del riesgo	5400 Potenciación de la autoestima
	1200 Imagen corporal	5230 Mejorar el afrontamiento
	1205 Autoestima	5220 Mejorar la imagen corporal
	1305 Modificación psicosocial: cambio de vida	
00118: Trastorno de la imagen corporal	1200 Imagen corporal	5400 Potenciación de la autoestima
	1205 Autoestima	5220 Mejorar la imagen corporal
	1300 Aceptación: estado de salud	

RESULTADOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
00147: Ansiedad ante la muerte	1402 Autocontrol de la ansiedad	5270 Apoyo emocional
	1211 Nivel de ansiedad	5240 Asesoramiento
	1300 Aceptación: estado de salud	5820 Disminución de la ansiedad
		4920 Escucha activa
00148: Temor	1404 Autocontrol del miedo	5230 Mejorar el afrontamiento
	1309 Resiliencia personal	8340 fomentar la resiliencia
	1402 Autocontrol de la ansiedad	5380 Potenciación de la seguridad
	1211 Nivel de ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad
	1300 Aceptación: estado de salud	5270 Apoyo emocional
00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1902 Control del riesgo	5246 Asesoramiento nutricional
	1101 Integridad tisular: Piel y membranas mucosas	3590 Vigilancia de la piel
	0208 Movilidad	3540 Prevención de las úlceras por presión
		6600 Manejo de la radioterapia

RESULTADOS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
00206: Riesgo de sangrado	1902 Control del riesgo	4010 Prevención de hemorragias
	0413 Severidad de la pérdida hemática	4020 Disminución de la hemorragia
		4250 Manejo del shock
00274: Riesgo de termorregulación ineficaz	0800 Termorregulación	3990 Regulación de la temperatura
	1902 Control del riesgo	3740 Tratamiento de la fiebre
	1608 Control de síntomas	
00134: Náuseas	2107 Severidad de las nauseas y vómitos	1450 Manejo de las náuseas
	1618 Control de las náuseas y los vómitos	2300 Administración de medicación
	2106 Náuseas y vómitos : efectos nocivos	
00004: Riesgo de infección	1902 Control del riesgo	6540 Control de las infecciones: lavado de manos
	1908 Detección del riesgo	1876 Cuidados del cateter urinario
	1924 Control del riesgo: proceso infeccioso	2440 Mantenimiento de los dispositivos de acceso venoso
	1842 Conocimiento: control de la infección	4220 Cuidados del catéter central de inserción periférica (PICC)
		6550 Protección contra las infecciones
		6630 Aislamiento

CONCLUSIONES

- El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, es un procedimiento bien consolidado en la práctica diaria de los servicios de hematología, pero es considerado un procedimiento de alto riesgo por las complicaciones que pueden surgir.

- Los profesionales de enfermería que se enfrentan al manejo de estos pacientes deben estar ampliamente formados de manera que puedan contar con las mejores herramientas para atender a los pacientes y a sus familias, abarcando no solo el ámbito físico sino el emocional también.

- El papel de los profesionales de la salud es imprescindible para proporcionar una atención integral durante todo el proceso que garantice la calidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martell Martorell Librada, Leiva Perdomo Yanitza, Suárez Escalona Elio Álvaro. Atención de enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2017 Dic [citado 2019 Sep 10] ; 33(4): 25-34. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892017000400004&lng=es

2. María del Rocío Calero Romero, Ana Isabel Jiménez Álvarez, Inmaculada De Pablos Mateos. Cuidados de enfermería tras el trasplante autólogo de médula ósea. Enfermería Integral. 2012; 100: 38-44.

3. El trasplante hematopoyético. Grupo español de trasplante hematopoyético y terapia celular [Internet] [citado 2019 Sep 10]. Disponible en: https://www.geth.es/pacientes/el-trasplante-hematopoyetico

BIBLIOGRAFÍA

4. El trasplante de médula ósea, sangre periférica o sangre de cordón umbilical. Fundación Josep Carreras. [Internet]. Barcelona. [Actualizado 10 Sept 2019 ; citado 12 Sept 2019]. Disponible en: https://www.fcarreras.org/es/trasplante

5. Vidal M.J. Trasplante de progenitores hematopoyéticos: tipos, indicaciones y toxicidad. En: Marín J., Mosquera M. Curso de enfermería en el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Donostia: Hospital Universitario de Donostia; 2011. p 9-14.

6. Carreras E. Guía del trasplante de médula ósea para el paciente. [Internet]. Fundación Josep Carreras contra la leucemia. Barcelona; 2016. [actualizado 10 Sept 2019 ; citado 17 sept 2019]. Disponible en: https://www.fcarreras.org/es/guiatrasplante

BIBLIOGRAFÍA

7. Nanda internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación: 2018-2020. Barcelona: Elsevier España; 2019.

8. Moorhead S, Swanson E, Johnson M y Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2018.

9. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM y Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC) 7ª Edición. Barcelona: Elsevier España; 2018.

TEMA 75. PAPEL DE LA ENFERMERIA ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

- SHEILA PECES SÁNCHEZ
- ALBA DE LA VEGA GALÁN
- JOSÉ MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La violencia de género es un problema social debido a la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder que establecen los hombres sobre las mujeres. Este tipo de violencia tiene consecuencias graves para la salud y la vida de las mujeres e impone costos económicos considerables, tanto en la familia como en los Servicios de Salud. Se estima que la violencia de género llega a restar uno de cada cinco días de vida saludable de la mujer, lo que se traduce en una menor calidad de vida. La violencia contra las mujeres es un fenómeno que ocurre en todos los países, clases sociales y ámbitos de la sociedad. Es importante tener presente que cualquiera de las formas de violencia de género que se ejerza, tiene consecuencias en todas las dimensiones de la salud: física, psicológica, sexual, reproductiva y social (1,2,3)

Síntomas e indicadores de la mujer que sufre violencia de género:

-Cefalea, dolor crónico general, molestias gastrointestinales, mareo, molestias pélvicas, dificultades respiratorias, insomnio, depresión, ansiedad, estrés postraumático, intentos de suicidio, baja autoestima, agotamiento psíquico, irritabilidad, trastornos conducta alimentaria, labilidad emocional, ausencia de control de fecundidad, lesiones genitales o en mamas durante embarazos, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, abortos repetidos, dismenorrea, lesiones frecuentes, abuso de alcohol u otras drogas, abuso de medicamentos (sobre todo psicofármacos), separación, aislamiento familiar y social, migración, dependencia física o económica, situaciones de exclusión social, etc. (1, 2, 3,4)

2. OBJETIVOS

- Conocer las distintas directrices de actuación, que tenemos los profesionales de la salud, para dirigir nuestras intervenciones hacia la detección y erradicación de este problema social.
- Prevenir la violencia de género con campañas que ayuden a modificar conductas que vulneren normas de convivencia, respeto e igualdad.
- Desarrollar nuevos valores y normas educativas desde los centros escolares para evitar comportamientos y actitudes que conduzcan a la violencia contra las mujeres.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en internet sobre artículos, trabajos científicos y revistas, al igual que en las bases de datos científicas como SCIELO, PUBMED y COCHRANE. La estrategia de búsqueda utilizada se centró en los términos “violencia de género” y “agresor”, “maltratador” limitándose al idioma Español e Inglés y publicados en los últimos 10 años. Se ha realizado un proceso de depuración y gestión de la información basado, fundamentalmente, en criterios temáticos.

4. RESULTADOS

La enfermería tiene un papel fundamental para intervenir en la violencia de género, por su posición estratégica, y la percepción que tienen las víctimas de considerar a la enfermera cercana y asequible. Para que esta actuación sea óptima, ecuánime, objetiva, práctica y poder transmitir la visión de la enfermera y promover una buena praxis, el plan de cuidados de enfermería en víctimas de violencia de género supone un registro que parte de criterios profesionales unificados.

5. CONCLUSIONES

Es necesario que toda la sociedad nos involucremos en este grave problema y luchemos por mediar dicha situación para que cada vez sea menos el número de víctimas de violencia de género, usando todos los recursos tanto social, cultural y penales que tengamos a nuestra disposición. Los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental en la prevención, detección y tratamiento, siendo necesario potenciar una formación específica en este campo y articular mecanismos y protocolos de coordinación entre los distintos servicios socio-sanitarios, que garanticen una atención integral e integrada a las mujeres afectadas.

6. BIBLIOGRAFÍA

Libros:
(1) España Gd: Igualdad de género. In.; 2016.
(2) Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía, 2009. 3-Biblioteca virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
(3) Arredondo-Provecho, A.B; Broco-Barredo, M; Alcalá-Ponce de León, T; Rivera-Álvarez, A; Jiménez Trujillo, I; Gallardo-Pino, C. (2012) Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. Rev. Esp. Salud Publica; 86(1):85-99.

Pagina web:

(4) Consejo General de Enfermería. Posicionamiento del Consejo General de Enfermería ante la Violencia de Género.http://www.ecs.enfermundi.com/fileadmin/Documentos_de_la_profesion/posicionamiento_Violencia_genero.pdf Downloaded: 11 th December 2013. 6-Rodríguez MOR: Protocolo para la atención de las mujeres víctimas de violencia de género. [Consultado 15 de mayo de 2016].

TEMA 76. AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

- ANA BELÉN RECIO GARCÍA
- LAURA LÓPEZ GARCÍA
- MARTA MARÍA RECIO GARCÍA
- ANGELA SÉSAR NAVAL

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- PALABRAS CLAVE
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un incremento de la violencia hacia los profesionales sanitarios destacando estas agresiones en centros de atención primaria y los servicios de urgencias.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto, tienen un mayor riesgo de sufrir actos violentos por parte de los usuarios. Cerca del 25% de los incidentes violentos en el trabajo se producen en el sector de la salud.

Y más del 50% de los profesionales de la atención sanitaria han experimentado incidentes por el estrecho contacto con los pacientes.
La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OIT advierten del riesgo de considerar la violencia como una parte inevitable del trabajo, lo que hace reflejar unas tasas de denuncia alarmantemente bajas.

OBJETIVOS

-Identificar las situaciones de riesgo y las causas derivadas a esa violencia.

-Analizar las repercusiones de dicha violencia.

-Realizar un análisis de siniestralidad en base a la información registrada y proponer medidas de actuación convenientes para reducir los índices de estas agresiones.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica a través de las bases de datos: Pubmed, Medline, Cochrane, Elsevier y Cuiden, utilizando como descriptores las palabras clave: personal sanitario, prevención, protección, agresiones.

RESULTADOS

*Existen varios factores que originan un estado de violencia derivados del paciente:
-Gravedad de una enfermedad.
-Problema mental.
-Personalidad del paciente.
-Experiencias previas negativas con el sistema sanitario.
-Situación socioeconómica deficiente que impide el cumplimiento de opciones terapéuticas.
-Tiempos excesivos de espera.

-Interrupciones, etc.

*Las agresiones ante personal sanitario generan estrés en el ámbito sanitario y esto hace que en el sector de la salud constituya una cuarta parte de la violencia en el trabajo.

*El absentismo laboral, bajas por enfermedad, peticiones de traslados, jubilaciones anticipadas, abandono del trabajo y el consumo de psicofármacos son algunas conductas que se llevan a cabo.

*Síntomas cognitivos(falta de memoria, dificultad de atención…), emocionales(ansiedad, estrés, miedo, etc) y fisiológicos(insomnio, cefaleas, fatiga, etc) son consecuencia de situaciones violentas y traumáticas en el mundo sanitario.

CONCLUSIÓN

-La violencia en el ámbito sanitario hacia los profesionales de este sector se ha convertido en un problema de salud pública.

-Existen planes de prevención y protocolos junto con medidas de seguridad tanto pasivas (dispositivos de alarma interna conectadas con el servicio de seguridad del centro), cristales irrompibles entre otras) como activas (comunicación con las Fuerzas de Orden Público y vigilantes de seguridad), denuncias y posibles actuaciones legales y plan de prevención de agresiones que pueden disminuir estas actuaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gobierno de Navarra. Manual de prevención de riesgos laborales para los trabajadores del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.Pamplona;2009.
2. Gómez Durán E.,Gómez Alarcón M y Arimany Manso J. Las agresiones a profesionales sanitarios. Revista Española de Medicina Legal 2012 enero.
3. Urruela Mora Asier. Derecho Penal ante el fenómeno de las agresiones a profesionales sanitarios.2018.

TEMA 77. PACIENTE SOMETIDO A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. ANSIEDAD.

- **RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVO
3. MÉTODO
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. **Introducción**. La ansiedad en pacientes que tienen que someterse a una operación quirúrgica conlleva un estado emocional negativo y genera una activación fisiológica en la preparación del organismo para afrontar el peligro percibido en dicha operación que puede perjudicar el correcto desarrollo del procedimiento quirúrgico. La ansiedad preoperatoria es un evento frecuente que depende de múltiples factores. Uno de ellos es el grado información previa que recibe el paciente, que debe de ser sencilla, inteligible y fidedigna.

El factor físico comprende la amenaza experimentada por el individuo en acciones de rutina hospitalaria, como la integridad cutánea, la inmovilidad, la deprivación del sueño y la agresión físiológica. El factor psíquico es el más directamente relacionado con la ansiedad que experimenta el enfermo, ya que esta ansiedad surge de la pérdida de la

de intimidad, de la necesidad de afrontar una situación desconocida, de la incertidumbre presenta y futura. Los factores sociales pueden resultar atenuadores si están adecuadamente consolidados con el individuo, mediante redes familiares y de amistad con una relación de cariño y comprensión adecuadas. Por otro lado la espiritualidad parece ser beneficioso a todo tipo de pacientes.

La intensidad de la ansiedad ante una intervención quirúrgica viene determinada por diferentes factores. El primero es la magnitud del agente traumático externo o real, es decir, la gravedad de la enfermedad. Otro factor importante a tener en cuenta es la duración del periodo preoperatorio: cuanto mayor sea la urgencia de la operación menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, lo que dará lugar a crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.

Los antecedente familiares sobre intervenciones, como problemas con la anestesia o experiencias pasadas con pérdida de un ser querido, suele ser una de las principales fuentes de ansiedad. El último factor es la capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad. Este un factor determinante que casi siempre suelen pasar por alto los profesionales de la medicina. Intervenciones de “pequeña importancia” o “rutinarias” pueden suponer en pacientes con una débil estructura emocional un verdadero escollo, que, de no tenerse en cuenta, repercutirá en la recuperación, facilitando la aparición de complicaciones que a priori parecía de escasa probabilidad.

OBJETIVOS

El objetivo es estimar el nivel de ansiedad prequirúrgica del paciente que es sometido a cirugía programada. Se trazarán los siguientes objetivos específicos: describir la respuesta somática de la ansiedad de los pacientes quirúrgicos; valorar la dimensión cognitiva de este tipo de sujetos e identificar factores predisponentes ansiógenos del paciente para cirugía.

MÉTODO

Este resumen ha sido llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Scielo, Pubmed, Dialnet.

Descriptores: Ansiedad, procedimiento quirúrgico, Sistema de Salud, analgésicos

RESULTADOS

El hecho de que el individuo afronte la cirugía con altos niveles de ansiedad puede tener influencias negativas en la recuperación físico-psíquica postquirúrgica, tales como largas estancias hospitalarias o mayor necesidad de analgésicos, lo cual supone un perjuicio tanto para el individuo como para el sistema de salud por su elevado coste económico.

Los estados de ansiedad elevados en los periodos previos de la intervención quirúrgica se ven reflejados durante la operación, ya que el cuerpo reacciona de diferente forma ante la anestesia en estado de gran ansiedad, y en los periodos postoperatorios retardando la recuperación y retrasando el abandono del centro hospitalario y un mayor costo económico. Comprender las variables que afectan a este incremento de la ansiedad antes de la operación resulta

de vital importancia para su tratamiento. A este respecto realizamos las siguientes recomendaciones:

*Tratar indiviudalizadamente los trastornos de ansiedad en el ámbito hospitalario. Si bien la aplicación de un protocolo que ayude al profesional es efectivo, nunca deber ir separado de una entrevista personal que le permita ver las reacciones del paciente, evitando que se pases por alto estados de ansiedad no reflejados en los cuestionarios estándar. En este sentido es recomendable conocer el tipo de personalidad del paciente mediante la aplicación de test que permitan la mejora en la efectividad de los tratamientos psicológicos orientados a reducir la ansiedad preoperatoria.

*Enseñar a los profesionales sanitarios el modo de comunicarse con los enfermos de la manera más precisa,

efectiva e inocua, evitando el estrés que supondría una mala información, o la ausencia de la misma.

*Hacer partícipe al enfermo de su recuperación. Tener en cuenta la forma habitual que tiene el sujeto de explicar los acontecimientos vitales.

*Adecuar el espacio hospitalario a las necesidades del enfermo, así como fomentar el conocimiento de la rutina hospitalaria, que ha demostrado ser útil en la disminución de la ansiedad.

*Modelo ecológico de información y formación del paciente. Atender a la diferencia entre informar y educar a los pacientes para permitir un afrontamiento del proceso quirúrgico que minimice los niveles de ansiedad.

CONCLUSIONES

Existe una disminución en los niveles de ansiedad antes y después de la cirugía debido a la intervención psicológica efectuada. Enseñar a los profesionales sanitarios el modo de comunicarse con los enfermos de la manera más precisa, efectiva e inocua, evitando el estrés que supondría una mala información, o la ausencia de la misma.

Los estados de ansiedad elevados en los periodos previos a la operación quirúrgica se ven reflejados durante la operación, ya que el cuerpo reacciona de diferente forma ante la anestesia en estado de gran ansiedad, y en los periodos postoperatorios, retardando la recuperación y retrasando el abandono del centro hospitalario, lo que podría producir saturación en el centro hospitalario y un mayor costo económico.

BIBLIOGRAFÍA

- Giacomantone E, Mejía A. Estrés quirúrgico y ansiedad. Criterios para su manejo terapeútico. Gador; 1998
- De la Paz – Estrada C, Prego – Beltrán C, Barzaga – Hernández E. Miedo y ansiedad a la anestesia en pacientes sometidos a cirugía. Rev Mex Anest 2006; 29: 159 – 62.
- A. San José, R. San José, B. Zuza, F. Zunzarren, T. Iuri. Aspectos de la información preoperatoria al paciente en la cirugía de urgencia. Navarra

TEMA 78. ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES.

- **ROBERTO MARTÍN ARANDA**

ÍNDICE

1. CALIDAD DE VIDA
2. CALIDAD DE VIDA Y TERCERA EDAD
3. ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA
4. PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA
5. CONCLUSIONES

1. CALIDAD DE VIDA

El crecimiento poblacional en el grupo de los mayores impone, sin lugar a dudas, desafíos a las políticas y a las ciencias sociales, llevando a los diferentes actores sociales a trabajar en aras de mejorar cada vez más el disfrute de esos últimos años de vida que, sin dudas, se han extendido en los últimos tiempos. Dentro de las ciencias sociales se destacan los estudios relacionados con la calidad de vida de los llamados “adultos mayores”.

La calidad de vida es un término que ha venido desarrollándose desde la década del 70 del pasado siglo, desde muy diferentes perspectivas y disciplinas. Los economistas refieren el término a indicadores económicos tales como el Producto Interno Bruto, mientras los médicos y profesionales sanitarios lo vinculan a la ausencia de síntomas y los psicólogos a las necesidades humanas y su satisfacción. Sin dudas, es en el ámbito de las ciencias de la salud, donde es más copiosa la producción de literatura científica vinculada a este tema.

En la evolución histórica de este concepto, han evolucionado, en general, desde lo objetivo hasta lo subjetivo, llegando en la actualidad a concebirse que ambos aspectos son indicadores o dimensiones de la calidad de vida. Sin embargo, el término continúa siendo polémico en cuanto a delimitación, estructura, dimensional o global, así como en lo relativo a las formas de evaluación. Esto ocurre debido a que se vincula a otros conceptos como bienestar, nivel de vida, satisfacción y felicidad[1]. Su naturaleza es plurideterminada, así como sus componentes y efectos que produce en las diferentes esferas de la vida. Incluye condiciones de vida, satisfacción personal en diferentes esferas, situación económica, oportunidades de empleo, todo esto condicionado por el entorno social. El término generalmente resulta familiar, fácil de utilizar, al mismo tiempo que constituye la aspiración, explícita o implícita, de cualquier ser humano. El término calidad, lleva implícito la existencia de un estándar o ideal con el cual se compara un determinado nivel de vida.

La calidad en general se refiere a la capacidad que posee un objeto o elemento para satisfacer necesidades implícitas o explícitas según un parámetro, cumpliendo requisitos de cualidad. Se trata de un medidor de cuán bueno o mal es algo comparado con un determinado ideal. La calidad es un concepto subjetivo. Está relacionada con las percepciones de cada persona para valorar una cosa en relación con cualquier otra de su mismo tipo o especie. Varios elementos entre ellos la cultura, las necesidades y las aspiraciones personales influyen en este concepto.

La calidad de vida se vincula a la existencia de las personas, a su entorno vital y siempre se concibe bajo la óptica de un individuo concreto que existe en unas condiciones históricas concretas. Las relaciones sociales, a nivel de la familia y de la sociedad, condicionan los valores, creencias, comportamientos y actitudes que afectan directamente la calidad de vida de las personas[2].

De manera general, la literatura sobre la calidad de vida ha sido enfocada en dos vertientes: la calidad de vida individual y la calidad de vida comunitaria[1]. en el terreno de las ciencias de la salud, ha sido especialmente estudiada la vertiente individual.

Especial atención ha merecido el estudio de la calidad de vida en el campo de la salud y en particular en la tercera edad.

No existe un marco teórico universalmente aceptado, aunque muchos de ellos tienen elementos en común. Entre esos elementos se destaca el énfasis en el bienestar de las personas, en su vivencia de felicidad. Pero existe una combinación de elementos objetivos y subjetivos que no debe perderse de vista, al mismo tiempo que hace más complejo el abordaje de este concepto[1].

El componente objetivo de la calidad de vida se refiere a las condiciones materiales de vida, al nivel de vida e incluye factores que determinan o influyen sobre la percepción que tiene el sujeto de dichas condiciones.

Entre las condiciones objetivas está también el nivel de funcionamiento físico del individuo, es decir, la presencia o no de enfermedades. Estas condiciones suelen ser el punto de partida para las técnicas de evaluación empleadas en el campo de las ciencias médicas, cuyo enfoque, de manera paradójica, ha sido predominantemente hacia la condición del hombre enfermo y no hacia el estudio de su calidad de vida como categoría positiva.

Una definición integradora del concepto calidad de vida, plantea que: “la calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida”[1].

Los factores objetivos que forman parte de la calidad de vida están determinados, por la forma de organización de una sociedad dada. Aun cuando la calidad de vida esté determinada por factores objetivos, su manifestación esencial se aprecia en el orden subjetivo, lo cual apunta a una relación dialéctica entre lo objetivo y lo subjetivo.

La calidad de vida es el resultado de la compleja interacción entre esos factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida"[1].

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene acerca de su propia vida, que se elabora dentro del contexto de la cultura y del sistema de valores y normas en los que vive y está íntimamente vinculado con sus objetivos y sus expectativas. Por esta razón es más conveniente hablar en términos de calidad de vida percibida. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del individuo, su estado psicológico, su nivel de independencia, así como por su relación con los elementos sociales y económicos esenciales del entorno[3].

2.CALIDAD DE VIDA Y TERCERA EDAD

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad reviste una gran importancia con vistas a mejorar los niveles de salud.

Para aspirar a una buena calidad de vida en esta etapa de la vida, es importante lograr una vida física y psíquica sana y activa, afrontando los acontecimientos vitales de manera positiva y constructiva, desarrollando una capacidad de control sobre los eventos externos[4].

El proceso de envejecimiento suele acompañarse de limitaciones en las habilidades físicas y también en la vida social. Se presentan menos actividades y planes, aunque existen formas de compensar dichas situaciones, llegando incluso a lograr adecuados niveles de bienestar, dependiendo de ciertas condiciones del entorno y del propio individuo[5]. El entorno en el que vive el adulto mayor reviste una gran importancia como determinante de su calidad de vida[6].

La representación social del adulto mayor contiene la idea de aislamiento social, deterioro cognitivo, falta de actividad física e incapacidad para aportar a la sociedad. Es lo que se conoce como el paradigma de la decadencia[7].

Una concepción emitida por la OMS en 2001 sobre la capacidad funcional, considera una nueva comprensión del funcionamiento y la salud, llamado el modelo CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento), muy aplicable al estudio de la calidad de vida en la tercera edad. Sus elementos se corresponden con los de la calidad de vida. CIF tiene un componente relativo a funciones y estructuras corporales, otro que es la actividad (ejecución de tareas y actividades), y un tercer componente que es la participación o grado de desenvolvimiento dentro de las situaciones de índole social. Según Fernández-López, la CIF se vincula a la calidad de vida ya que ésta última se define como la percepción subjetiva de del bienestar objetivo[8].

La calidad de vida en los adultos mayores posee diferentes aristas y factores que la condicionan, vinculados a las limitaciones que las enfermedades asociadas le imponen, así como a las pérdidas propias de esta etapa de la vida. En la literatura acerca del tema de los indicadores de salud en los adultos mayores aparecen términos asociados tales como, estado físico, actividades de la vida diaria, enfermedad, dolor e independencia. La dependencia funcional ha sido asociada directamente con el bienestar emocional. Se ha comprobado que esta dependencia se asocia significativamente a los síntomas depresivos y a una percepción negativa de la propia salud y baja función social. La dependencia funcional se acompaña de un deterioro de las funciones cognitivas, peor función física y social y peor autoestima[9].

La autoestima se vincula significativamente a la autonomía funcional, principalmente a la posibilidad de desplazamiento autónomo[10].

Por otra parte, cuando las enfermedades cursan con dolor, éste posee un impacto negativo sobre la calidad de vida de las personas mayores ya que se asocia a estados de fatiga y a limitaciones en las actividades de la vida diaria[11, 12, 13].

Según Bayarre[14] la calidad de vida en esta etapa se vincula fuertemente con el estado de salud y las discapacidades (autonomía, capacidad funcional), las condiciones económicas y materiales de vida, el apoyo social y familiar, así como el reconocimiento social y el bienestar en general en las diferentes esferas de la vida. Particularmente las discapacidades pueden producir poca accesibilidad al entorno y constituir un obstáculo para la satisfacción de las necesidades[15].

Los autores destacan la importancia del estado cognitivo de la persona, su memoria y habilidades, así como el nivel de actividad, (en una fase donde la actividad laboral ya no ocupa el mayor espacio y tiempo) y el apoyo social percibido[16]. Así, las personas con un mayor status social suelen mostrar mayor satisfacción con la vida, componente fundamental de la calidad de vida. Otros autores destacan que el funcionamiento físico es un excelente asociado a la percepción de apoyo social y que este apoyo incide en la satisfacción con la vida[17].

También, se manejan exhaustivamente indicadores vinculados a las condiciones de vida (economía, espacio vital) y al apoyo social[18]. El hecho de que las personas puedan envejecer en un entorno activo y productivo tiene un condicionamiento socio histórico, que determinará que la vejez pueda estar libre de discriminaciones[19].

Se ha señalado la influencia que tiene la representación social de la ancianidad que puede provocar una discriminación por motivos de edad. Esa representación contiene la idea de un aislamiento social, deterioro cognitivo, falta de actividad física e incapacidad para aportar económicamente a la sociedad y a la familia es lo que se conoce como el paradigma de la decadencia y la pérdida, el cual debe ser resuelto para lograr un envejecimiento productivo, mediante la promoción de la participación social y comunitaria de los adultos mayores en programas intergeneracionales, tanto al interior de la familia como de la sociedad[20]. Otros autores también destacan la importancia de la implicación social de los mayores, así como la necesidad de modificar los estereotipos negativos en torno a la vejez, facilitando la participación de los mismos en programas comunitarios[21].

3.ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA

La OMS destaca el importante papel de la actividad física para alcanzar un envejecimiento con calidad de vida. En su informe mundial sobre envejecimiento y salud de 2015[22], afirma que la actividad física tiene como principal beneficio aumentar la longevidad. Se preserva la fuerza muscular y la función cognitiva, reduce los niveles de ansiedad y depresión y mejora los sentimientos de autoestima. Además, reduce los riesgos de enfermedades crónicas, principalmente las vasculares (cerebral, central y periférica). En cuanto a lo social, promueve una mayor participación en la comunidad y permite el mantenimiento de redes sociales y vínculos entre las generaciones. Esta institución alerta sobre la necesidad de desarrollar planes y programas de intervención para fomentar la práctica de ejercicios físicos en los adultos mayores, ya que la tendencia natural que se observa es que la práctica de ejercicios disminuye con la edad.

El bienestar físico es el componente más importante de la calidad de vida en los adultos mayores. El “envejecimiento activo” propugnado por la OMS fundamenta la implementación de programas de promoción de salud y prevención de las discapacidades, dentro de los cuales la actividad física juega un rol fundamental. Es necesario promover el movimiento y la independencia mediante ejercicios, masajes, relajación y ejercicios cardiorrespiratorios[23]. En este empeño juega un rol fundamental el especialista en fisioterapia que tenga a su cargo la atención geriátrica, particularmente en el marco de las residencias de mayores.

La literatura acerca de los efectos de la fisioterapia en diferentes tipos de discapacidades en los adultos mayores es amplia. Se reportan beneficios notables en su aplicación a discapacidades producidas por enfermedades tales como el Alzheimer[24], la osteoartrosis[25], los problemas cardio-respiratorios[26], la fibromialgia[27], las caídas y las fracturas[28].

Una visión holística ha llevado a plantear el término de "envejecimiento activo", muy relacionado con la práctica de la actividad física[29]. Se destaca la importancia de la vida activa e independiente, con una adecuada integración y participación social, incluido el disfrute de actividades culturales y de relaciones sociales. Más allá de la ausencia de enfermedad y el mantenimiento de la funcionalidad, lo determinante de la calidad de vida es el compromiso activo con la vida[30].

El adulto mayor debe mantener una actividad física sistemática, al mismo tiempo que interactúa con otras personas de su edad, que le brindan apoyo social, todo lo cual unido a un sentido de su vida mediante una espiritualidad, religiosa o no, le permitirá una óptima calidad de vida[41]. La actividad física en la vejez preserva la fuerza muscular y la función cognitiva, reduce los niveles de ansiedad y depresión y mejora notablemente los sentimientos de autoestima.

4.PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA

El ejercicio físico en la tercera edad ha demostrado estar muy vinculado a la calidad de vida. En particular aquellos programas dirigidos a los mayores, que incluyan el ejercicio terapéutico han demostrado su utilidad tanto para corregir un deterioro de las funciones, como para aliviar el dolor músculo-esquelético acompañante.

Especial mención merece el Programa de Revitalización Geriátrica para personas mayores, elaborado por Calvo Arenillas, que desde hace varios años viene generando resultados muy positivos en las residencias de mayores en España[31]. Desde el año 1994, el área de Fisioterapia de la Universidad de Salamanca, en coordinación con el ayuntamiento de la localidad, viene desarrollando dicho programa de Revitalización.

Esta intervención ha demostrado resultados muy favorables en la función cognitiva de los adultos mayores[32], así como también en la prevención de las caídas, todo lo cual incide directamente en la calidad de vida de estas personas[33]. Otros autores destacan el efecto positivo de este programa sobre la densidad mineral ósea y el riesgo de caídas en enfermos con Alzheimer, lo cual incide directamente sobre la calidad de vida de estos pacientes[34].

Una investigación llevada a cabo recientemente en una residencia geriátrica en la provincia de Zamora recogió, mediante la realización de grupos focales, las opiniones de un grupo de adultos mayores de una residencia acerca de los beneficios de la práctica de ejercicios en la institución[35].

Algunas de ellas fueron las siguientes:

- *Nunca en mi vida me he sentido mejor, dispuesta y atendida.*
- *Los ejercicios me han devuelto la vida.*
- *Esto de hacer ejercicios es lo principal para sentirse bien.*
- *Los ejercicios repercuten en mi calidad de vida.*
- *Me siento más vital desde que hago esos ejercicios.*
- *Los ejercicios permiten tener menos barreras.*
- *Los ejercicios físicos permiten conseguir mayor seguridad, y mejorar las capacidades, tanto motrices como motoras, y también humanas, quitando miedos e inseguridades.*
- *La actividad física diaria permite mayor calidad de vida. Muchos dolores articulares se han reducido o desaparecido al hacer trabajar determinadas partes del cuerpo que desde hace muchísimo tiempo no se movían.*

El tema del bienestar físico, la independencia de movimientos y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, fueron temas reiterativos como determinantes de la calidad de vida, en el estudio antes mencionado. El bienestar físico se asoció significativamente con la edad y con la variable limitaciones, cuya relación es entendible ya que las limitaciones físicas influyen de manera objetiva en el bienestar. Las limitaciones visuales o motoras que el adulto mayor presente, dificultan la realización de actividades que en otro momento fueron habituales. Se comprobó que los participantes consideraban los ejercicios físicos como fundamentales para su bienestar y para su salud general, pues los hacen más activos y felices, permitiéndoles compartir experiencias y estrechar vínculos sociales dentro del grupo de residentes.

Es conocido que el ejercicio aumenta la producción de serotonina en el cerebro, con lo cual se agudizan las capacidades intelectuales, mejora el estado de ánimo, y aumenta la fuerza de voluntad ante la dificultad de realización de determinados ejercicios[36]. De esta manera se crea una disciplina, disminuye el estrés, la ansiedad, la agresividad e incluso hasta la depresión[37].

El ejercicio físico influye también sobre la salud mental. El simple hecho de levantarse del sofá y practicar 30 minutos de ejercicios diariamente, supone un cambio importante en el estilo de vida. La mejora del equilibrio o salud mental a raíz de iniciar un proceso de ejercicios diarios, no es solamente una sensación subjetiva sino un proceso fisiológico objetivo.

Rodríguez Díaz comprobó que la independencia funcional, un componente fundamental de la calidad de vida en la vejez, está condicionada por el grado de conservación de las funciones cognitivas y la calidad de la función física y social. Mediante un programa de ejercicios físicos consistente en dos sesiones a la semana de 30 minutos de entrenamiento, se logra mejorar esa función física en los participantes. Esta autora destaca la necesidad de mejorar la independencia funcional mediante un reforzamiento de la autoestima y la autoeficacia en los adultos mayores, insistiendo en el ejercicio físico, de tal manera de que se optimicen las habilidades, adaptadas a las capacidades funcionales. Así, la autora diseñó y aplicó a un grupo de ancianos entre 75 y 99 años, un Programa llamado "Convivir con la dependencia y el bienestar", de carácter multidisciplinar, que tiene entre sus principales objetivos el desarrollo de las funciones físicas del anciano.

En él se incluyen ejercicios aeróbicos adaptados a la edad y a las capacidades funcionales de los participantes, realizados en dos sesiones semanales de 30 minutos. Cada sesión incluye: calentamiento, ejercicios de flexibilidad, coordinación, fuerza muscular, resistencia, enfriamiento y relajación. Esta intervención ha demostrado ser efectiva en la mejora del bienestar físico, permitiendo una adecuada realización de actividades de la vida diaria. También se demuestra su efecto sobre el bienestar emocional, entendido como menos ansiedad, mayor autoestima y percepción de autoeficacia y mejor percepción de salud[38]. La optimización de las capacidades del anciano debe ser una prioridad de todos los que participan en su atención, ya sea la familia o el grupo social de pertenencia. En lugar de conformarse con las limitaciones, han de ser potenciadas y disfrutadas las capacidades que cada uno posea.

Un estudio experimental realizado en Brasil distribuyó 120 adultos mayores, en 3 grupos. Un grupo fue sometido a ejercicios aeróbicos acuáticos, otro a entrenamiento convencional para pérdida de peso (musculación) y el tercero a las actividades físicas comúnmente practicadas en las academias de la tercera edad. Durante 3 meses la frecuencia de la práctica de ejercicios fue de dos veces a la semana. Todos los participantes mostraron mejorías en el test de calidad de vida aplicado, el WHOQOL-OLD, en especial aquellos del grupo de ejercicios de musculación[39]. Es conocido que con los años se va perdiendo gradualmente la masa muscular y, por tanto, la fuerza que permite desarrollar actividades físicas. Los ejercicios de musculación permiten el máximo rendimiento de los ancianos según las condiciones y capacidades de cada cual. Además, como demuestra este estudio, todo tipo de ejercicio mejora la calidad de vida, ya que eleva el bienestar físico y espiritual de los adultos mayores.

Bravo Ponce puso a prueba un programa de actividad física sobre las condiciones físicas y el funcionamiento cognitivo en 44 voluntarios mayores de 60 años. Este programa de ejercicios funcionales se aplicó en 5 sesiones semanales de 50 minutos durante 8 semanas consecutivas. La evaluación de la condición física incluyó la valoración de la fuerza (piernas y brazos), la flexibilidad de la cadena muscular posterior y de los hombros, la agilidad y equilibrio dinámico y la resistencia aeróbica (Senior Fitness Test). La intensidad y dificultad del programa se incrementaba según la condición física de cada participante. Por su parte, los procesos cognitivos fueron evaluados mediante el test Tiempo de Reacción Simple (TRS) y el test Tiempo de Reacción de Elección (TRE), que miden fundamentalmente tiempo de reacción[40].

Este trabajo demostró que la mejora de los procesos cognitivos fue mayor en un grupo de estudio al cual se aplicó un programa de ejercicios funcionales de 8 semanas de duración, comparada con la mejora obtenida en el grupo control que recibió un programa de actividad física lúdico-recreativo tradicional.

En cada sesión de dicho grupo de estudio se practicó un calentamiento inicial con actividad aeróbica y movilidad articular, seguido de estiramientos. La actividad principal era la aeróbica que se practicaba a los pocos minutos de comenzar la sesión. Se incorporaban actividades de equilibrio dinámico y estático, así como de velocidad de reacción y ejercicios funcionales para todo el cuerpo. Por último, se invitaba a la relajación.

Según un estudio realizado por Stein, con vistas a determinar la relación entre actividad física, salud percibida y bienestar subjetivo, a mayores niveles de actividad física, mejor es la percepción de la calidad de vida y el bienestar, y menor la sintomatología depresiva en ancianos, evaluada a través de la escala de Yesavage. La autora evalúa el nivel de actividad física habitual mediante el cuestionario de actividad física de Yale, que indaga acerca de 8 dimensiones: índice de vigor; índice de paseo; índice de movimiento general; índice de estancia de pie; índice de estancia sentado; índice de tiempo total semanal, es decir, horas dedicadas a realizar todas las actividades a la semana; índice de gasto energético total semanal, a través del tiempo dedicado a la realización de cada actividad se obtienen las kilocalorías gastadas semanalmente; y el índice de actividad total semanal, que representa la suma de los 5 primeros índices[41].

Se encontró correlación positiva entre actividad física y salud autopercibida evaluada a través del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la Salud. La actividad física también se asoció positivamente con el Bienestar Psicológico, estimada mediante la escala de Sánchez-Cánovas, demostrando así que la actividad física elevada favorece ambas variables. Consideramos muy beneficiosos los efectos de la actividad física tanto si se demuestra su influencia sobre la disminución de la depresión, como su efecto sobre el aumento del bienestar psicológico.

Almeida y colaboradores desarrollaron un estudio prospectivo con 12201 adultos mayores en Australia, en los cuales se evaluó actividad física. Aquellos que reportaban practicar ejercicios físicos durante al menos 150 minutos semanales fueron considerados como físicamente activos. Transcurridos 10 años, los sobrevivientes fueron evaluados en cuanto a estado de ánimo, actividad cognitiva y actividades de la vida diaria. Controlando otras variables que pudieran influir en la calidad de vida así considerada, tales como hábito de fumar, índice de masa corporal, y principales enfermedades crónicas, los autores encontraron mejores niveles en los indicadores de calidad de vida y, por tanto, un envejecimiento saludable, en aquellos ancianos que se consideraron físicamente activos[42]. Estos resultados indican los efectos positivos que posee la actividad física, incluso mayor que otros posibles “factores protectores” de un envejecimiento saludable.

Mezadri el al, estudiaron el nivel de actividad física en personas de la tercera edad y su relación con la calidad de vida. Para medir el nivel de actividad física fue utilizado el cuestionario International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), propuesto por la OMS, que consta de 5 preguntas respecto a la frecuencia, duración e intensidad de la actividad física realizada en los últimos 7 días.

Los sujetos fueron clasificados como muy activos, activos, insuficientemente activos y sedentarios. Para la calidad de vida aplicaron el Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS. El dominio físico (vinculado a energía y actividades de la vida diaria) tuvo una especial relevancia en la determinación de la calidad de vida[43] .

Merellano, realizó un estudio con 400 ancianos en el cual demostró la importancia de la funcionalidad física para lograr una adecuada calidad de vida. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario elaborado por el grupo de investigación de Calidad de Vida relacionada con la salud EuroQol Group. La funcionalidad física fue evaluada mediante la escala “International Fitness Scale”. La condición física fue estimada mediante el Chair stand test (para medir la fuerza del tren inferior), el Test de handgrip (para medir la fuerza del tren superior), el Chair-Sit and Reach test (para valorar la flexibilidad del tren inferior) y el Back Scratch Test (para evaluar la flexibilidad del tren superior). Todos estos tests se realizaron después de un calentamiento de 5 minutos[44].

Los resultados del estudio sostienen el principio de que la estimulación de la actividad física contribuye a un mejor desenvolvimiento de las actividades de la vida diaria, y por ende de la calidad de vida de los adultos mayores.

Parra Rizo seleccionó adultos mayores, entre 61 y 93 años que fueran físicamente activos, asistentes habituales a centros deportivos y sociales, a espacios abiertos o a zonas deportivas[45]. A cada sujeto le fue aplicado el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ), propuesto por la OMS. Según este cuestionario, un individuo con actividad alta es aquel que realiza actividad de intensidad moderada por encima del nivel basal de actividad, o media hora de una actividad de intensidad fuerte por encima de los niveles basales diarios. Se considera un individuo con intensidad moderada aquel que realiza media hora al menos de actividades físicas de intensidad moderada casi todos los días, y en los niveles de actividad baja, aquellos que no están en los niveles de actividad moderada o alta. Este cuestionario es recomendado por la OMS y se ha utilizado frecuentemente en personas mayores. El sujeto ha de contestar siete ítems relativos a la actividad física de los últimos 7 días.

Para evaluar la calidad de vida se empleó el cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) desarrollado por Fernández Ballesteros, compuesto por 21 escalas que contemplan las categorías de salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental y satisfacción con la vida, entre otras. El cuestionario ofrece una valoración global subjetiva de la calidad de vida realizada por el propio individuo.

El estudio encontró una asociación significativa entre la actividad física alta y la calidad de vida, concluyendo así que el envejecimiento activo puede ser promovido mediante la práctica habitual de actividad física.

5.CONCLUSIONES

La actividad física posee un papel preponderante como determinante de la calidad de vida en los adultos mayores. Se reconoce en la literatura científica del tema una clara vinculación entre actividad física y categorías incluidas en la calidad de vida de los adultos mayores, tales como independencia funcional, función física (vitalidad), autoestima, funcionamiento cognitivo, bienestar subjetivo, salud mental, optimismo, envejecimiento saludable e integración social.

Todos estos conceptos están implicados de una forma u otra en cualquier definición conceptual de calidad de vida en la vejez que, aunque se trata de un concepto que posee una gran dispersión, todas las definiciones apuntan en la misma dirección: la vida plena y la felicidad del ser humano en esta etapa de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Victoria García-Viniegras C R. Calidad de Vida. Aspectos teóricos y metodológicos. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2008.
2. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. Anales de la Facultad de Medicina. UNMSM. Facultad de Medicina, 2007: 284-290.
3. Fernández Ballesteros R, Caprara M, Schettini R, Bustillos A, Mendoza-Núñez V, Orosa T et al. Effects of university programs for older adults: changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. Educational Gerontology, 2013; 39 (2): 119-131.
4. Organización Mundial de la Salud. Active Ageing: A policy Framework. Ginebra, 2002.
5. Montaño Portillo M E, Irigoyen Coria A. Reflexiones sobre el anciano y la cultura del envejecimiento. Archivos en Medicina Familiar, 2017; 19 (2): 27-30.

6. De Alba González M. Representaciones sociales y experiencias de vida cotidiana de los ancianos en la Ciudad de México. Estudios demográficos y urbanos, 2017; 32 (1): 9-36.

7. Aponte Daza V. Calidad de vida en la tercera edad*. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo",* 2015; *13* (2): 152-182.

8. Fernández López J A, Fernández Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Revista española de salud pública, 2010; 84 (2): 169-184.

9. Runzer Colmenares F M, Castro G, Merino A, Torres Mallma C, Diaz G, Pérez C, Parodi J F. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. Horizonte Médico, 2017; 17 (3), 50-57.

10. Guerrero Martelo M, Galván G, Vázquez de la Hoz F J, Lázaro G, Morales D. Relación entre autoestima y autonomía funcional en función del apoyo social en adultos institucionalizados de la tercera edad. Psicogente, 2015; 18 (34): 303-310.
11. Landinez Parra N, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública, 2012; 38 (4), 562-580.
12. Piedras Jorge C, Meléndez Moral J C, Tomás Miguel J M. Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. Revista española de Geriatría y Gerontología, 2010; 45 (3), 131-135.
13. Cerquera Córdoba A M, Uribe Rodríguez A F, Matajira Camacho Y J, Correa Gómez H V. Dependencia funcional y dolor crónico asociados a la calidad de vida del adulto mayor. Psicogente, 2017; 20 (38): 398-409.

14. Bayarre Vea H. Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. Rev Cubana Salud Pública, 2009; 35 (4): 110-116.
15. Sánchez González D, Chávez Alvarado R. Personas mayores con discapacidad afectadas por inundaciones en la ciudad de Monterrey, México. Análisis de su entorno físico-social. Cuadernos Geográficos [Internet]. 2016; 55 (2): 85-106.
16. Vázquez Palacios F R. Vázquez. Retos y perspectivas de las ciencias sociales en el envejecimiento y la vejez: hacia la construcción y comprensión de la cultura de la vejez plena y feliz. Perspectivas Sociales, 2018; 17 (2).
17. Cerquera Córdoba A M, Quintero Mantilla M S. Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. Revista Virtual Universidad Católica del Norte, 2015; 45: 173-180.

18. Gutiérrez Robledo L M, Kershenobich Stalnikowitz D. Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. UNAM, Coordinación de Investigación Científica: Dirección General de Publicaciones y fomento Editorial; Academia Nacional de Medicina de México: Academia Mexicana de Cirugía: Instituto Nacional de Geriatría, 2018.

19. Fernández Ballesteros R, Caprara M, Schettini R, Bustillos A, Mendoza-Núñez V, Orosa T et al. Effects of university programs for older adults: changes in cultural and group stereotype, self-perception of aging, and emotional balance. Educational Gerontology, 2013; 39 (2): 119-131.

20. De la Villa Moral Jiménez M. Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. Universitas Psychologica, 2017; 16 (1): 157-175.

21. De Juanas Oliva A, Limón *Mendizábal* M R; Navarro Asencio E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 2013; (22): 153-168.

22. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre envejecimiento 2015.

23. Landinez Parra N S, Contreras Valencia K, Castro Villamil Á. Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista Cubana de Salud Pública, 2012; 38 (4), 562-580.

24. Nascimento, C. M. C., Varela, S., Ayan, C., & Cancela, J. M. (2016). Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la enfermedad de Alzheimer. Revista Andaluza de Medicina del Deporte, *9* (1), 32-40.

25. de Baños Tapia A M. Terapias complementarias para mejorar la calidad de vida del anciano frágil. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología), 2016; 8 (1): 385-416.
26. Corazón Armijo C V. Efecto de un programa de fisioterapia cardiorespiratoria sobre la capacidad física en el adulto mayor. Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Tecnología Médica. Tesis de Especialidad, Lima 2018.
27. Porro Novo J, Estévez Pereira A, Rodríguez García A, Suárez Martín R, González Méndez B. Guía para la rehabilitación de la fibromialgia. Revista Cubana de Reumatología, 2015; 17 (S1): 147-156.

28. Salvà A, Rojano X, Coll-Planas L, Domènech S, Figuls M R. Ensayo clínico aleatorizado de una estrategia de prevención de caídas en ancianos institucionalizados basada en el Mini Falls Assessment Instrument. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 2016; 51 (1), 18-24.
29. Ladero Aguilera J A, Carmona Torres J M, Mota Cátedra G. El envejecimiento activo: La importancia de la actividad física en las personas mayores. Estudio de revisión narrativa. TRANCES. 2017; 2: 142-166.
30. Aponte Daza V. Calidad de vida en la tercera edad. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", 2015; 13 (2): 152-182.

TEMA 79. CUIDADOS EN EL PACIENTE CON COLOSTOMÍA.

- **RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO**

ÍNDICE

1. Introducción
2. Objetivos
3. Resultados
4. Conclusiones
5. Bibliografía

Introducción.

El paciente ostomizado sufrirá grandes cambios desde que se le diagnostica la razón por la cual se le va a colocar una ostomía, hasta que es capaz de aceptar su nuevo estado: tener que convivir con un estoma. La gran mayoría tienen un diagnóstico de cáncer y se someterán a una cirugía mayor, lo que conllevará después de la cirugía a una agresión de su imagen corporal, con una disminución de la autoestima, produciéndose grandes cambios.

Para un paciente colostomizado, la contención fecal es uno de los principales problemas a los que se enfrenta después de la intervención quirúrgica. Sufrirá una serie de cambios, no solo de su imagen corporal sino también higiénicos, dietéticos, sociales, etc. Como enfermeros debemos saber detectar las necesidades de estos

pacientes, para poder prestar así unos cuidados adecuados que les permitan vivir de la forma más óptima posible.

El incremento del número de personas poseedoras de un estoma, trae consigo la necesidad de contar con personal especializado y capacitado para proporcionarle los elementos necesarios para su reintegración a la vida social, familiar y laboral.

El cáncer e colon es una enfermedad crónico degenerativa que afecta tanto a hombres como mujeres con predominio en la edad adulta y adulta mayor. Esta enfermedad tiene como tratamiento alternativo la realización de una ostomía de eliminación llamada colostomía; que es la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal con la finalidad de desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso; es decir es el

lugar por donde la persona eliminará los desperdicios intestinales de su organismo. El cambio de ubicación del ano ve alterada la calidad de vida del paciente.

Las principales indicaciones del estoma son neoplasia de colon, recto y ano, enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedades congénitas o malformaciones, obstrucciones intestinales, sepsis por dehiscencias de suturas, sepsis pelviana, traumatismos, incontinencia anal, fístula recto – vaginal, diverticulitis y vólvulos intestinales.

Las reacciones del paciente debidas a la alteración de su imagen corporal dependen de sus características individuales, de su entorno social, y del a percepción que tenga el paciente de esta nueva situación.

Asociada a esta alteración está la disminución de la actividad sexual como consecuencia de este cambio de la

Imagen física, el temor a la no aceptación y al rechazo por parte de la pareja así como el tener que mantener relaciones sexuales con la bolsa colectora.

En el caso del hombre la cirugía puede ocasionar reducción o pérdida de la líbido, disminución o ausencia de erección y/o eyaculación. En la mujer reducir la pérdida de la líbido, dispaurenia producida por la afectación psicológica provocada por la alteración de su imagen física.

La pérdida del control esfinteriano, junto con los gases involuntarios y el olor, supone uno de los problemas más graves para los pacientes colostomizados y una de las cuestiones más difíciles de aceptar, ya que supone para ellos una perdida de control de su cuerpo.

Objetivo.

Identificar todas las necesidades de los pacientes antes y después de la colocación del estoma durante su estancia hospitalaria por parte del personal de enfermería, con una serie técnicas que traten no sólo los aspectos referidos a su imagen corporal sino también a la higiene, alimentación, y ámbito social, con el objetivo de conseguir aceptación y afrontamiento por parte del paciente.

Surge la necesidad de disponer en los servicios de salud, de profesionales expertos en ostomías para ofrecer cuidados de calidad a los pacientes colostomizados y que sean capaces de abordar aspectos fisiológicos, dietéticos, de autoimagen y autoconcepto, sexuales, apoyo psicológico, de complicaciones derivadas del estoma, de reinserción social y laboral, y de recurso disponibles.

Metodología

El trabajo ha sido llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica en distintas bases de datos: Scielo, Pubmed, Dialnet.

Descriptores: Afrontamiento, Autonomía, Ostomía, Calidad de vida, Imagen corporal.

Resultados

Se puede observar que tras la colocación del estoma surge un periodo de adaptación duro para al paciente. Las personas jóvenes tienden a lograr rápidamente su autonomía, en cambio los de avanzada de edad normalmente delegan los cuidados del estoma a un familiar, lo que conllevará a una educación sanitaria que implicará no sólo al paciente sino a su entorno más próximo.

Conclusiones

Para concluir se podría decir que la colocación del estoma conlleva a que el paciente experimente una serie de cambios que afectan en muchos ámbitos de su vida, y que durante su estancia hopitalaria la enfermería ha de cumplir un papel óptimo para ayudar a afrontar esa serie de cambios. Los miedos, como la fuga del material fecal, el ámbito sexual se suman también a más factores que pueden disminuir el índice de la calidad de vida.

La educación al paciente en el periodo preoperatorio, postoperatorio inmediato y tras el alta es muy importante, así como reducir las incidencias en complicaciones asociadas a la colostomía así como los episodios de ansiedad y depresión.

Es importante llevar a cabo un análisis minucioso de la situación junto con el propio paciente, comprobar con el los diagnósticos de enfermería y priorizarlos según la importancia que tengan para él, con las intervenciones que sean necesarias para solucionar sus problemas y mejorar la calidad de vida.

TEMA 80. EL DESCONOCIDO ESTRÉS LABORAL BURNOUT.

BIBIANA NUÑO PÉREZ
CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ
TANIA Mª PRIETO FERNÁNDEZ
SILVIA Mª PRIETO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- Introducción
- Concepto
- Objetivos
- Componentes
- Síntomas
- Causas
- Tipos
- Prevención
- Consecuencias
- Conclusión
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Herbert Frederbergen, psicólogo estadounidense fue uno de los pioneros en llevar un estudio sobre el síndrome de Burnout, al que definió como una sensación de fracaso y una existencia agotada o desgastada que resulta de la sobrecarga por exigencias de energías de los recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

CONCEPTO

Burnout es un tipo de estrés crónico, hasta hace poco tiempo, no reconocido como tal, popularmente llamado "síndrome de estar quemado". Este tipo de estrés está ligado al entorno laboral siendo este entorno la causa principal del desgaste emocional y físico de los trabajadores que lo padecen.

OBJETIVO

Dar a conocer el Burnout y las causas que lo generan para poder actuar con métodos preventivos. Para mejorar la capacidad funcional y mental de los trabajadores que padecen este tipo de estrés.

Previniendo los trastornos detectados mediante terapias y programas adecuados, con la colaboración familiar

COMPONENTES

Este síndrome lo suelen padecer los trabajadores que tienen profesiones vinculadas a relacionarse con las personas (policías, docentes, sanitarios, etc).

Dichos profesionales acaban volviéndose menos sensibles, poco comprensibles e incluso con actitudes agresivas en su relación con el usuario.

SÍNTOMAS

Los síntomas pueden ser muy diversos, diferenciándose tres tipos:

CAUSAS

- Factores laborales:
  - ➢Carga excesiva de trabajo
  - ➢Poca capacidad para tomar decisiones
  - ➢Falta de tiempo para organizarse
  - ➢Turnos en los horarios
- Factores sociales:
  - ➢Horarios de comidas
  - ➢Apoyo familiar del trabajador

TIPOS

Gillespie diferenció dos tipos:

1. Burnout activo: Mantenimiento de la persona afectada, con una conducta asertiva, relacionada con factores externos a la profesión

2. Burnout pasivo: Sentimiento de retirada y apatía encaminados a factores internos psicosociales

PREVENCIÓN

Se han adoptado las siguientes pautas preventivas como consecuencia del creciente numero de casos de Burnout :

- Actitud asertiva
- Delegación de tareas en otro compañeros
- Finalizar una tarea antes de empezar otra
- Equilibrio emocional entre familia y empleo
- Formación laboral

CONSECUENCIAS

La falta de seguridad y frustración del trabajador aumentaría si no tomáramos medidas de prevención.

Mientras los síntomas se van desarrollando de manera creciente, el trabajador tendría problemas para realizar las tareas básicas relacionadas con el desempeño de su trabajo, lo cual podría desencadenar otro tipo de trastorno relacionado con el alcohol o las drogas.

CONCLUSIÓN

Debido al gran aumento de casos relacionados con el Burnout en estos últimos años, las administraciones deberían dedicar una parte de sus recursos para tratar a sus trabajadores de forma personalizada, previniendo así esta enfermedad a los nuevos y futuros operarios, con formación continuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Portales webs específicos del tema
- Biblioteca.unex.es
- https://www.redalyc.org
- Médicos y pacientes.com
- Artículos académicos Frederbergen

TEMA 81. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES MEDIANTE SOLUBRIDAD DEL MEDIO AMBIENTE.

MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ
YESICA DÍAZ ROCES
COVADONGA FERNÁNDEZ SUAREZ
VIRGINIA CASTARROYO MERINO

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN
2.CAUSAS
3.PLAN DE ACCION
4.CONCLUSIONES
5.BIBLIOGRAFIA

1.INTRODUCCIÓN

La salud ambiental está relacionada con todos los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es decir, que engloba factores ambientales que podrían incidir en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

Los factores de riesgos medio ambientales ,como la contaminación del aire, el agua, el suelo, la exposición a agentes químicos y a la radiación ultravioleta contribuyen a una gran variedad de enfermedades y lesiones, englobando también dentro de ellas el cambio climático.

La exposición a factores de riesgo medioambientales se distribuye de manera diferente en las poblaciones, debido a los factores sociales como ingresos ,educación, estatus social, el sexo , la etnia , la edad.

2.CAUSAS

- Una de cada cuatro muertes que se producen en el mundo se deben a factores medioambientales.(contaminación del aire, agua, suelo, cambio climatico, radiaciones …)
- Las enfermedades no transmisibles ligadas a la contaminación del aire tb son causas de muertes relaccionadas con el medio ambiente. Los accidentes cerebrovasculares, infecciones respirartorias crónicas ,canceres, lesiones no intencionadas etc
- Muertes por enfermedades infecciosas, estas muertes por enfermedades como la diarrea , paludismo relaccionadas a menudo con la mala gestion del agua, saneamiento y desechos han disminuido.

2. CAUSAS

▭ Los menores de 5 años son los mas afectados por el medio ambiente, expuestos a condiciones insolubles del entorno exposición al humo de tabaco ajeno, contaminación aire, insalubridad del agua ,falta de higiene causan a menudo diarreas, asma, alergias,neumonias…

à Otro grupo de riesgo son los adultos en edad avanzada los cuales se ven afectados por enfermedades no transmisibles.

 Los paĺses con ingresos medios y bajos son os mas afectados por las enfermedades relaccionadas por el medio ambiente a causa de la contaminación atmosférica y el aire domestico.

▭ La exposición a mujeres embarazadas aumenta un riesgo de prematuridad.

3.PLAN DE ACCIÓN

- Reducir la mortalidad y morbilidad relacionada con las enfermedades gastrointestinales y el saneamiento.
- Reducir las enfermedades respiratorias por contaminación del aire exterior e interior, especialmente la frecuencia de los ataques de asma.
- Reducir el riesgo de enfermedad y discapacidad por agentes químicos peligrosos, agentes físicos, (ruido), agentes biológicos y lugares de trabajo peligrosos durante el embarazo, infancia y adolescencia.

Los países firmantes se comprometen a desarrollar y aplicar los planes nacionales de salud y medio ambiente y las acciones sanitarias correspondientes para alcanzar los objetivos . Estas actividades deberán ser coordinadas con la Estrategia Europea de Salud y Medio Ambiente y de la coordinación con los planes de acción de la Unión Europea.

4.CONCLUSIONES

Aun adoptando las medidas oportunas para la reducción de estas enfermedades derivadas del impacto medioambiental hoy en dia :

- Nueve de cada 10 personas de todo el mundo respiran aire contaminado, los niveles de contaminación del aire siguen siendo peligrosamente altos en la mayor parte del mundo.
- La contaminación medioambiental causa 1.7 millones de defunciones infantiles en todo el mundo.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Revista sobre contaminación ambiental, Bibliografía sobre medio ambiente ciencia y sociedad,
- http://scielo.isciii.es
- Centro de prensa de la OMS, informe de la OMS ,prevención de enfermedades mediante solubridad del medio ambiente.

TEMA 82. ENVEJECIMIENTO Y PACIENTE CRÓNICO.

- **MÓNICA FERNÁNDEZ FALCÓN**
- **EVA SAIZ LANDERAS**

INDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y METODO
- CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

El aumento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento progresivo de la población es una fuente de preocupación y de ocupación para los diferentes organismos que tienen bajo su responsabilidad el cuidado de la salud.

El envejecimiento de la población y el aumento de personas con enfermedades crónicas forma un escenario con importantes retos en la manera de organizar y prestar servicios para este grupo de población.

La atención a las personas que presentan enfermedades crónicas constituye hoy en día una prioridad en las agendas de todos los sistemas sanitarios.

La continuidad asistencial es básica para afrontar las múltiples necesidades de los enfermos crónicos y al final de la vida. Hay que superar las barreras organizativas de los distintos niveles asistenciales, estableciendo mecanismos de coordinación adecuados.

Estas personas son muy vulnerables, frágiles, requieren cuidados muy complejos y consumen una elevada cantidad de recursos sociosanitarios.

Los profesionales sanitarios necesitan herramientas que les orienten y faciliten la toma de decisiones en este grupo de población.

Sería necesario un abordaje multidisciplinar, con el autocuidado y la gestión de la enfermedad por parte del propio paciente.

La atención a personas con problemas crónicos constituirá uno de los retos más importantes que tendrá que afrontar el sistema de salud en los próximos años..

El abordaje debe ser diferente, multidisciplinario y subsidiario, exige escenarios donde cada organización y profesional haga lo que le toca hacer pero también de manera cooperativa.

La OMS hace recomendaciones a los países para que instauren estrategias para el abordaje de las enfermedades no trasmisibles(en su mayoría enfermedades crónicas).

OBJETIVOS

- Coordinar servicios sociales y sanitarios
- Fomentar la sensibilidad social.
- Tener una visión global del envejecimiento demográfico, la prevalencia de las enfermedades crónicas y las necesidades de dependencia.

MATERIAL Y METODO

Para conseguir un abordaje global de este tipo de pacientes, sería necesario utilizar todos los recursos existentes, con una buena optimización de los mismos. Creación de nuevas figuras profesionales y desarrollar protocolos y guías de práctica clínica y planes de cuidados.

CONCLUSIONES

Una buena optimización de los recursos existentes al igual que el abordaje multidisciplinar y el autocuidado y la gestión de la enfermedad por el propio paciente, daría lugar a una mejora de la satisfacción con la atención recibida en este grupo de pacientes complejos.

Se podrían disminuir los ingresos urgentes de los pacientes pluripatologicos y se mejoraría la calidad asistencial.

La atención integrada para pacientes crónicos requiere diferentes acciones. Exige de una mayor cooperación y coliderazgo de los profesionales asistenciales entre ellos y con los gestores. La educación de pacientes para su propio cuidado es un área con margen de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

- Cronicidad y complejidad: nuevos roles de enfermería. Enferm Clin.2014;24(1):79-89
- Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Gac Sanit.2012; 26(5): 63-68
- El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes complejos. Enferm Clin.2014; 24(1): 44-50
- La atención al paciente crónico en situación de complejidad. Aten Primaria. 2012; 44(2): 107-113

TEMA 83. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO: EL SÍNDROME DEL QUEMADO O BURNOUT.

- ANASTASIA MONTSERRAT BENITO ROMO
- MARIA ANTONIA CAMPAL CASTAÑON
- ALFONSO ALONSO BLANCO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. FACTORES DETERMINANTES
3. CAUSAS
4. PERFILES Y SUBTIPOS DEL BURNOUT
5. DIAGNÓTICO Y EVALUACIÓN
6. MEDIDAS PREVENTIVAS
7. CONCLUSIONES
8. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

El Síndrome del quemado o agotamiento profesional, también conocido como “Burnout” es un trastorno muy frecuente en el medio sanitario, catalogándolo la Organización Mundial de la Salud en el capítulo XXI de la CIE-10, como un factor de riesgo para la salud.

Constituye un tipo de estrés laboral que se da específicamente en las profesiones que mantienen un contacto constante con beneficiarios del trabajo, en una relación de ayuda o servicio con el paciente o usuario.

Cuando los niveles de ansiedad y frustración en el personal sanitario repercuten en el resultado de la calidad y eficacia del servicio realizado y en la salud del profesional que lo dispensa, estamos ante lo que llamamos “ Burnout”, o lo que coloquialmente se conoce como ”estar quemado”.

Los trabajadores de entornos sanitarios (sanitarios y no sanitarios) constituyen un colectivo muy afectado por el síndrome del quemado.

En la sociedad actual, con la masificación de la sanidad pública, el abuso y el desprestigio de los profesionales, el trabajo a destaje, mal retribuido, y una autonomía reducida para la toma de decisiones hacen que las condiciones de trabajo sean cada vez más determinantes de la génesis del síndrome.

El desarrollo del burnout repercute en la salud de los trabajadores y en el absentismo en el interior de las organizaciones.

Se estima que uno de cada tres profesionales de Atención Primaria sufre el síndrome de Burnout o estar quemado, debido a la “fuerte carga de trabajo, las carencias técnicas y de medios asistenciales y el desbordamiento de los servicios sanitarios.

2. FACTORES DETERMINANTES

Las investigadoras Maslasch y Jacobson describieron el burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por:

1.- Agotamiento emocional: la convivencia con el dolor, el contacto habitual con la muerte, las sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional, derivados de la exigencia de mantener interacciones continuas con los usuarios y pacientes.

2.- Despersonalización: la desmotivación del personal, genera una actitud de "pasotismo", de respuestas cínicas.

3.-Sensación de falta de realización personal: pérdida de confianza en sí mismo y autoconcepto negativo por la presión social que cuestiona el que hacer del personal sanitario y por la exposición a situaciones desagradables.

3. CAUSAS

Entre las causas que subyacen a la aparición del burnout entre los trabajador de entornos sanitarios, se hace referencia principalmente a los **estresores específicos** de la profesión:

1. Exceso de estimulación adversiva. La implicación constante con personas que sufren o experimentan algún tipo de problema
2. Desbordamiento de los servicios sanitarios. La gran sobrecarga de trabajo, derivada generalmente por la escasez de personal y la proporción muy alta de pacientes o usuarios a los que tiene que atender.
3. Trabajo a turnos
4. Las bajas expectativas de refuerzos ante el adecuado desempeño de su trabajo

5. La interacción negativa entre el medio laboral, el equipo de trabajo y los usuarios.
6. La diferencia entre las expectativas laborales y la realidad.
7. Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
8. Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias

Estas variables no van a determinar siempre el desencadenamiento del síndrome del quemado en los trabajadores expuestos. Que se desencadene o no está modulado por una serie de factores moduladores que contribuirán a inclinar la balanza hacia lado del burnout o no. Entre estos **factores moduladores** podemos diferenciar:

9. Factores organizacionales.
10. Factores sociales.
11. Factores personales.

4. PERFILES Y SUBTIPOS

- ✓ **El perfil "frenético"**, caracterizado por la inversión de una gran cantidad de tiempo en el trabajo y es propio de personas muy implicadas, ambiciosas, y sobrecargadas, que sacrifican la salud y la vida personal por atender las demandas del trabajo.
- ✓ **El perfil "sin desafíos",** está determinado por el tipo de ocupación, y presente en personas indiferentes y aburridas que no se desarrollan personalmente en el trabajo.
- ✓ **El perfil "desgastado",** viene influido por la rigidez de la estructura organizativa dentro de la cual trabaja, se caracteriza por la sensación de falta de control sobre los resultados, falta de reconocimiento de los propios esfuerzos y el abandono de las responsabilidades.

5. DIAGNÓSTIVO Y EVALUACIÓN

La realización de un diagnóstico adecuado requiere la valoración de los síntomas que presenta el trabajador, analizar su proceso de aparición, diferenciar el proceso de otros procesos similares, y evaluar la intensidad o frecuencia con que el individuo presenta los síntomas.

También es necesario identificar cuáles son las fuentes de estrés que han originado la aparición de los síntomas. Para alcanzar el diagnóstico se deberán utilizar procedimientos de evaluación cualitativos y cuantitativos :

- ✓ **Procedimientos cualitativos:** realización de entrevistas al trabajador en las que se interrogará sobre los síntomas que percibe, sentimientos respecto al trabajo, relación con compañeros y usuarios, etc.

✓**Procedimientos cuantitativos:** aplicación de escalas psicométricas para determinar el grado de prevalencia de la patología y los antecedentes más relevantes que originan el desarrollo de la patología en ese momento en la organización.

6. PREVENCIÓN

La formación es un elemento clave en la prevención del Síndrome de Burnout y, además, es necesaria debido a las condiciones cambiantes del entorno laboral, los cambios sociales y culturales, y también los cambios en los procesos de trabajo.

El desacuerdo entre lo que los pacientes o usuarios y el sistema sanitario esperan de los trabajadores, y la falta de capacidad de éste para dar respuesta a esas expectativas, van a estar en el origen del Síndrome; mientras que el ajuste y la posibilidad del individuo de conseguirlo serán fuente de disfrute y realización personal.

Debe reconocerse que se distinguen tres tipos de acciones preventivas:

- **Prevención primaria:** es la más coherente con los principios de un sistema de gestión de la prevención de riesgos laborales porque se dirigen a la organización y a las conductas de grupo. Como medidas de gestión y comunicación se deben asegurar apoyos adecuados a la actuación de individuos y equipos de trabajo.
- **Prevención secundaria:** se orienta a los individuos provocando cambios de actitudes de las personas y mejorando sus recursos de afrontamiento.
- **Prevención terciaria:** afronta los daños sobre la salud, por lo que no es propiamente una prevención sino reparación.

Las estrategias relacionadas con la prevención son una serie de respuestas a nivel individual, interpersonal u organizacional ante una situación que se considera amenazante, y que en la mayoría de los casos tiene como finalidad manejar la respuesta al estrés.

Pueden ser agrupadas en tres categorías:

1. **Individuales o Personales:** Están recomendadas en cualquier momento. El objetivo es que el individuo aprenda estrategias que le permitan afrontar el estrés y prevenir sus consecuencias sin abandonar el propio autocuidado.

Estas estrategias se dirigen a regular las emociones, desarrollar habilidades comunicativas, entrenarse en la solución de problemas y el manejo eficaz del tiempo, y adoptar estilos de vida saludables. Para ello precisa:

- No sobrecargarse de tareas y menos si no forman parte de las habituales.

- Delimitar las funciones, pedir que se organicen reuniones periódicas en las que todos puedan dar su opinión sobre su propio trabajo, clarificar en qué ámbitos es responsable cada uno, y cuántas tareas puede asumir sin llegar a desbordarse.

- Desahogarse ante las situaciones que inquieten o preocupen.

- Aprender a controlar las emociones, no enfadarse al creer que se está sufriendo una injusticia. Hay que intentar exponer las quejas con explicaciones basadas en hechos concretos y proponiendo soluciones.

- En los momentos de presión hay que saber pedir ayuda.

2. **Grupales o Interpersonales:** Las principales estrategias a este nivel son:
   - Apoyo social en el trabajo.
   - Entrenamiento de las habilidades sociales: capacidad de decir “no”, de pedir favores, de iniciar, mantener y finalizar conversaciones, entre otras

2. **Organizacionales:** Son algunas de estas estrategias:
   - Mejorar el clima laboral promoviendo el trabajo en equipo.
   - Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo, descentralizando la toma de decisiones.
   - Disponer del análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflicto de rol.
   - Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.
   - Aumentar la recompensa a los trabajadores.
   - Definición de competencias y responsabilidades, de forma precisa y realista, atendiendo a las capacidades reales.
   - Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización.

- Fomentar la colaboración en la organización.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Promover la seguridad en el empleo

7. CONCLUSIONES

Los profesionales de servicios sanitarios: administrativos, médicos, enfermería, técnicos en cuidados, psicólogos, etc. Son profesionales que constantemente se ven sometidos a situaciones de estrés que acontecen de forma imprevisible y con grandes demandas por parte de los usuarios, conduciéndoles muchas veces a sentirse “quemados”.

Los profesionales de servicios sanitarios: administrativos, Es muy importante que al notar los primeros síntomas de desgaste o frustración nos pongamos en manos de un buen profesional para combatir sus efectos, en caso contrario los síntomas o manifestaciones de este estado pueden ser:

-Las propias del estrés crónico: cansancio físico y emocional, desmotivación.

-Alteraciones emocionales: Reacciones depresivas.

- Actitudes agresivas: Irritabilidad.

-Absentismo laboral.

8.BIBLIOGRAFÍA

- Llaneza Alvarez FJ. “La ergonomía forense. Pruebas periciales en prevención de riesgos laborales”. Ed. Lex Nova: 2005.
- Álvarez Quesada, C., HinojosaC., Arriaga Arrizabalaga, A., Carrillo Baracaldo, J.A. y Pernia Ramirez, I., “El syndrome de desgaste professional o de burnout. ¿Pueden quemarse los dentistas?”, Gaceta Dental: Industria y profesiones, mayo de 2003
- Bautista González C. Evaluación ergonómica. Asturias Prevención.(Ast.) enero 2019
- Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre. B.O.E. nº 269, de 10 de noviembre).
- NTP 444 (1997): Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento de tareas, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, Madrid

TEMA 84. PRUEBAS RADIOLÓGICAS PARA LA DETECCIÓN DEL ALZHEIMER PRECOZ.

- **DIANA JUAN CASIELLES**

ÍNDICE

- ¿QUÉ ES EL ALZHEIMER?
- MANIFESTACIÓN Y PREVALENCIA ENTRE LA POBLACIÓN
- MÉTODOS RADIOLÓGICOS DE DETECCIÓN
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

¿QUÉ ES EL ALZHEIMER?

Enfermedad degenerativa, progresiva e irreversible, descubierta en 1906 por el Dr. Alois **Alzheimer**.

Siendo la causa más frecuente de demencia en España, el EA afecta principalmente a la región del hipocampo donde se encuentra la memoria, extendiéndose, según avanza la enfermedad, a otras partes del cerebro produciendo en los afectados pérdida de distintas funciones cognitivas que van disminuyendo conforme pasa el tiempo.

Los síntomas van desde pérdida progresiva de la memoria, afasia, apraxia, así como dificultad para orientarse y de realización de tareas simples, soliendo ir acompañada de cambios de personalidad y de comportamiento.

PREVALENCIA ENTRE LA POBLACIÓN

En cuanto a lo anterior referido , el primer informe que existe sobre un caso de demencia aparece en 1906, tratándose de una mujer cuyos primeros síntomas se diagnosticaron 5 años antes de morir.

Por entonces el Alzheimer se consideraba una enfermedad rara y no se pusieron los medios suficientes para su estudio ya que se consideraba un tipo raro de demencia senil en personas mayores de 65 años.

No fue hasta 1977 cuando se llegó a la conclusión de que el EA era independiente de la edad, siendo una enfermedad de causa multifactorial.

Pese a que a mayores rasgos se crea que es una enfermedad hereditaria, solo entre el 1% y el 3% de los casos tiene un factor autosonómico dominante, dándose en estos un inicio

precoz de la misma.
Hay algunos factores de riesgo a tener en cuenta, como por ejemplo antecedentes de síndrome de Down, traumatismos craneales graves, o tener una enfermedad cerebro-vascular.
Y están, los más comunes como son la edad y ser de sexo femenino.
Hoy día se cree que el 7% de los mayores de 65 años españoles sufren demencia por EA, porcentaje que sube hasta un 50% para los mayores de 80 años. Cada año en España aparecen 40 000 nuevos casos de demencia.
En el año 2015 se estima que en el mundo había 47 millones de personas con demencia, si tenemos en cuenta el aumento de la esperanza de vida en el año 2050 podríamos estar hablando de una cifra de 130 millones de personas
Estamos ante una enfermedad que supone un gran reto en cuanto a gastos generados y secuelas familiares, pues no solo los afectados por el EA son los enfermos.

A día de hoy aún no existe una cura para el Alzheimer, pero se ha establecido que algunos cambios de hábitos de vida a otros más saludables pueden retrasar la edad de aparición. También se están realizando diversos estudios farmacológicos que ayuden a frenar poco a poco los síntomas y ralentizar así su temido final.

MÉTODOS RADIOLÓGICOS DE DETECCIÓN

El EA se caracteriza por pérdida neuronal, por la presencia de unas placas que contienen proteína amiloide y unos ovillos de fibras ricas en protenía tau.
Esa pérdida neuronal, que comienza en el hipocampo, es lo que vemos a través de diferentes técnicas de radiodiagnóstico entre las que se encuentran la RM, ERM, FMRI, y PET.

Con la **Resonancia Mangética estructural** (RM), se puede ver el grado de atrofia y el deterioro del hipocampo, pudiendo también determinar el grado de probabilidad de tener Alzheimer, al comprobar a partir de las imágenes en 3D volumétricas si dicha atrofia es anómala con respecto a otras areas del cerebro.
Varios estudios muestran que el volumen del hipocampo se

encuentra reducido en los pacientes con EA entre un rango que oscila del 15 - 35 % en comparación con los sujetos sanos.

La **espectroscopia por resonancia magnética** (ERM) se utiliza como complemento a la RM identificando cambios en los metabolitos cerebrales en los pacientes con EA , pudiendo así evaluar el contenido bioquímico de los tejidos vivos y permitiendo visualizar las alteraciones anátomicas que se producen.

Se ha descubierto que el marcador de densidad neuronal N-acetil aspartato disminuye, y que el marcador de ploliferación de la glía mioinositol, aumenta a medida que avanza la enfermedad.

Pese a que por si solo tiene poca especifidad diagnóstica

aumenta hasta un 95% si se acompaña con la sintomatología clínica específica de esta enfermedad.

La **resonancia magnética funcional** (fMRI) se utiliza durante la realización de tareas de memoria, en los que se ha demostrado una hipoactivación de las estructuras del lóbulo temporal medial.

Utilizando un contraste oxigendependiente endógeno en la sangre se puede ver una disminución de la cantidad de hemoglobina desoxigenada ayudando a ver las áreas del cerebro activadas durante la tarea que se está realizando.

La **Imagen por Tensor de Difusión** (DTI) se centra por el momento, en neuroinvestigación pues su uso es muy costoso. La DTI mide el daño de la corteza cerebral a partir del movimiento de las moléculas de agua pudiendo así detectar anomalías en la sustancia blanca. Ésta técnica

También puede identificar alteraciones en la esquizofrenia y en el Parkinson.

Fuera ya del entorno de la RM está la PET o **tomografía por emisión de positrones**. En esta se le administra, por vía intravenosa, al paciente un radiotrazador que al llegar a los diferentes tejidos cerebrales se descompone formando positrones; estas partículas reacción con los electrones de su alrededor generando una radiación magnética que es captada por las cámaras creando imágenes tridimensionales que permiten ver la distribución del trazador, que se acumulará en las áreas de mayor actividad.

Otra posibilidad es unir el trazador al amiloide, proteína que se acumula en el cerebro de pacientes con EA.

CONCLUSIÓN

Conforme a los anteriores métodos referidos, y pese a que el EA sea más común conforme la esperanza de vida aumente, se ha descubierto y se sigue investigando diversas técnicas de radiodiagnóstico que ayuden en el diagnóstico precoz de la enfermedad, pudiendo diferenciarla de otro tipo de demencia y así atajar sus síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:**
  - Libro de la salud del hospital clínic de Barcelona y la fundación BBVA (Dirigido por el Dr. Juan Rodés, el Dr. Josep Maria Piqué y el Dr. Antoni Trilla)
  - Manual MERCK, octava edición.
- **Páginas web:**
  - http://estimulacioncognitiva.info/2015/04/28/como-se-descubrio-el-alzheimer-que-es-como-se-diagnostica-como-se-trata-y-cual-es-la-expectativa-de-mi-familia/
  - https://blog.fpmaragall.org/que-es-el-alzheimer
  - https://www.fundaciontase.org/single-post/2015/06/28/Historia-del-Alzheimer
  - https://www.diariomedico.com/salud/alzheimer-se-estima-que-entre-el-30-40-de-los-pacientes-no-tienen-un-diagnostico.html

- https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/enlace25_09alzheimerespaa.pdf
- https://www.neurologia.com/articulo/2017519
- https://radiologiaclub.com/2016/05/10/utilidad-de-la-resonancia-magnetica-en-el-diagnostico-de-alzheimer/
- https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/125956
- https://www.ucc.edu.co/cali/prensa/2015/Paginas/Estudios-de-apl
- https://www.cuidarbien.es/te-ensenamos/que-es-la-pet-y-para-que-se-utiliza-en-el-alzheimer/

TEMA 85. INCIDENCIA DE LA ANOREXIA NERVIOSA.

- **BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CAUSAS
3. SINTOMAS
4. TRATAMIENTO
5. PREVENCIÓN
6. CONCLUSIÓN
7. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

La anorexia es el principal trastorno de conducta alimentaria (TCA), asociada a problemas psiquiátricos (depresión, suicidio). Puede provocar patologías graves difíciles de curar y presentar consecuencias peligrosas: anemia, pérdida muscular, incluso la muerte debido a la desnutrición e deshidratación. Se caracteriza por un autoconcepto físico negativo, control obsesivo del peso basado en la restricción de la comida y el uso de medicamentos.

El 90% de las personas que padece esta patología son mujeres, aunque en la última década ha aumentado la prevalencia en los hombres jóvenes. Las personas con mayor riesgo de padecer este TCA tienen antecedentes familiares, sufren de ansiedad o depresión y/u desempeñan profesiones que demandan un cuerpo esbelto.

2. CAUSAS

La anorexia nerviosa es el resultado de un conjunto de factores:

- ✓ **físicos** (genética, edad, sexo)
- ✓ **psicológicos** (depresión, incluyen trastornos que incitan al paciente a controlar su peso, inferior al estándar, de forma obsesiva; tienen miedo a engordar, poseen una imagen distorsionada del cuerpo) y
- ✓ **sociales** (modas, publicidad, la presión que ejercen los amigos, la familia y las redes sociales).

Los desencadenantes de este TCA son muy diversos, oscila desde un suceso que haya causado un fuerte impacto emocional en el sujeto, pasando por fracasos escolares hasta haber realizado previamente dietas sin resultado.

3. SÍNTOMAS

Los síntomas de la anorexia nerviosa son el resultado de la falta de alimentos, entre los que se distinguen aspectos físicos, conductuales y emocionales:

Síntomas físicos:

- ✓Pérdida de peso
- ✓Semblante excesivamente delgado
- ✓Malnutrición, deshidratación, falta de calcio
- ✓Cansancio, desvanecimientos
- ✓Alteraciones químicas y bioquímicas en sangre y amenorrea
- ✓Transformaciones endocrinas, dermatológicas, digestivas, cardiológicas (arritmia y muerte súbita), musco esqueléticas (osteoporosis)
- ✓Pérdidas de cabello, insomnio y estreñimiento

Síntomas conductuales, incluye todas aquellas conductas que la persona lleva a cabo con el objetivo de perder peso como: limitación implacable de la ingesta de alimentos; entrenarse en exceso y abuso de purgantes, laxantes, enemas o diuréticos

Aspectos emocionales:

- ✓pánico a aumentar de peso, negación de la sensación de hambre; turbación por la comida, mentir acerca de los alimentos ingeridos y distorsión de la imagen corporal
- ✓irritabilidad, ansiedad, depresión, pensamientos suicidas
- ✓retraimiento o aislamiento social; Incapacidad para experimentar y manifestar emociones Falta interés por la relaciones sexuales

Las repercusiones obedecerán al avance de los síntomas descritos.

5. TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de este TAC se basa en corregir:

- ✓ la malnutrición, para ello, hay que aumentar el peso y re-educar o recuperar los hábitos alimenticios saludables
- ✓ ejercicio físico, al inicio se restringe y se reintroduce lentamente
- ✓ las alteraciones psicológicas con terapias conductuales, psicoanalítica

Para curar esta patología es necesario actuar, de forma personalizada, en los siguientes espacios:

a. Detección precoz (en Atención Primaria)
b. Involucrar a la familia y al entorno del enfermo
c. Coordinación de los especialistas implicados (endocrinos, psicólogos, dietistas y pediatras)
d. Seguimiento continuo ambulatorio después del alta.

6. PREVENCIÓN

Prevención de la anorexia nerviosa es posible si se fomentan unas capacidades que nos protegen del riesgo de padecer este TCA como:

- ✓Educación dietética desde la niñez
- ✓Mejorar la autoestima, permitiendo al individuo valorarse de forma integral no sólo el aspecto físico
- ✓flexibilidad para realizar cambios en el pensamiento que faciliten la adaptación a diferentes escenarios
- ✓afrontar situaciones estresantes de forma equilibrada
- ✓Desarrollar habilidades sociales
- ✓Idear un proyecto vital que guíe las actividades.
- ✓Los centros de Atención primaria, la escuela y la familia deben conocer los síntomas para actuar a lo antes posible para mejorar el pronóstico.

7. CONCLUSIÓN

La anorexia nerviosa es una enfermedad reversible en el 70% de los casos. Para afrontar esta enfermedad, el paciente ha de reconocer su trastorno, solicitar apoyo profesional y participar junto a su familia en terapias cognitivas conductuales y nutricionales dirigidas a reemplazar los míticos estereotipos (que vinculan el atractivo físico, éxito y felicidad con una delgadez extrema) por hábitos de vida saludable representados por un nuevo icono de belleza más natural.

Es preciso unidades específicas para atender este trastorno mental, equipos interdisciplinarios asertivos para favorecer la comunicación con los adolescentes.

Asimismo, es fundamental la detección precoz (test CIMEC y EAT-40) y la sensibilización juvenil respecto a las secuelas de la anorexia nerviosa.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Carrera Guermeur O, Gutiérrez García E. Funciones ejecutivas en la anorexia nerviosa- A anorexia nerviosa: unha revisión. Cadernos de psicoloxía. 2017; 35 (1): 15-28
- Cruz J, Mestas Hernández L, Gordillo León F, Arana Martínez JM, et alt. Toma de decisiones en la anorexia nerviosa. Revista de neurología. 2010; 50 (11): 703-704

Julián R, Peláez MA, Ramírez R, de la Puente ML. Consideraciones sobre la prevalencia en España de los TCA. Aten Primaria. 2002;29:524.

- Gueroala Pejenaute E, Pejenaute Labari E. Anorexia nerviosa. FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2016;23 (4) 197-207
- Jáuregui-Lobera I, Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de nutrición parenteral y enteral, 2014; 29 (3): 500-507

TEMA 86. ANSIEDAD Y ENVEJECIMIENTO.

- MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA
- MARTA ATIENZA CORREAS
- BEATRIZ GARCÍA SERRANO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. FACTORES DE RIESGO
3. CAUSAS
4. TRATAMIENTO
5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad cuando hablamos de la vejez se asocia rápidamente con la aparición de problemas físicos tales como, problemas en las rodillas o caderas, dificultades en la movilidad, dolores de huesos, etc…

Pero es fundamental tener en consideración los problemas psicológicos que sufren las personas mayores para así, poder ayudarlas en la medida de lo posible ya que este tipo de trastornos va a generar un fuerte malestar en quienes los sufren.

Aunque son muchos y muy diversos los trastornos psicológicos que las personas de esta edad pueden padecer, en este capítulo centraremos la atención en el trastorno de ansiedad generalizada, pues se trata del trastorno más frecuente en esta franja de edad. (1)

2. FACTORES DE RIESGO

1. Factores biológicos: Un hecho aceptado es el papel de la herencia, ya que parece existir cierta relación específica para determinados trastornos como por ejemplo la ansiedad. Además se ha demostrado que las mujeres en edades tardías son población de riesgo para padecer este tipo den enfermedades.
2. Factores psicológicos: han demostrado su importancia determinados rasgos de personalidad como el locus de control externo, la existencia de estrategias de afrontamiento disfuncionales o la presencia de psicopatología previa a la senectud. La asociación de estos factores se establece para la aparición de síntomas y de trastornos .

3. Factores sociales: la falta de apoyo social, la soledad, malas condiciones en la vivienda, escasos ingresos, problemas familiares, clase social baja, son factores que influyen de manera directa en la aparición de la ansiedad durante el proceso de envejecimiento.

3. CAUSAS

- **Cambios bruscos en el estilo de vida.** Tras la jubilación disponer de demasiado tiempo libre y tener que aprender a ocuparlo, genera ansiedad en algunas personas.
- **Descenso de la autonomía.** Tardar más tiempo en desempeñar algunas actividades, descenso de movilidad o pérdida de reflejos y de fuerza.
- **Problemas económicos.**
- **Proximidad a la muerte.** Algunas personas mayores consideran que el final de la vida está cerca, pensamiento que puede generar altos niveles de ansiedad.
- **Deterioro del estado de salud/ incapacidad física.** Con el envejecimiento, además del deterioro visible, por ejemplo, de la piel, las funciones físicas y cognitivas también se ven afectadas y ocasionan, en algunas situaciones, incapacidad que priva a algunas personas del desarrollo de su ritmo de vida.

- **Aislamiento social.** La suma de diferentes circunstancias problemáticas puede conllevar deterioro del estado de ánimo y esto, a su vez, que las personas que lo sufren no quieran salir de casa ni relacionarse.
- **Soledad.** Pérdidas de amigos, familiares, compañeros sentimentales, sentirse distanciado de los seres queridos…
- **Padecimiento de otra enfermedad.**
- **Incomprensión familiar.** Sentirse incomprendidos por parte de los seres queridos hace que en algunos casos se traduzca en angustia, frustración, inquietud y malestar.

4. TRATAMIENTO

El tratamiento idóneo del trastorno de ansiedad en el anciano debe contemplar ineludiblemente la psicoterapia y el tratamiento farmacológico.

Tradicionalmente han sido utilizados benzodiacepinas, antidepresivos tricíclicos, IMAO, anticomiciales e incluso antihistamínicos, pero la irrupción de los nuevos antidepresivos como los ISRS, ya referidos previamente, y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN), de acción dual, los sitúa como de primera elección en el trastorno de ansiedad en el anciano.

En cuanto al tratamiento psicológico, cabe comentar que las terapias psicoanalíticas y la psicodinamia tradicional no han mostrado utilidad, excepto quizás en la ansiedad generalizada. Sin embargo, la terapia cognitiva-conductual conjunta, con técnicas de relajación, de reestructuración cognitiva y de exposición ha revelado importantes beneficios para este tipo de problemas.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Correas Flores N. Ansiedad en la vejez || AESTHESIS - Psicólogos Madrid [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.psicologosmadridcapital.com/blog/ansiedad-en-la-vejez/

2. Franco-Fernández MD, Antequera-Jurado R. Trastornos de ansiedad en el anciano. PSICOGERIATRÍA [Internet]. 2009 [citado 26 de septiembre de 2019];37-47. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf

3. Antón Jiménez M, Gálvez Sánchez N, Esteban Sáiz R. Capítulo 23: Depresión y ansiedad. [citado 26 de septiembre de 2019]; Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05 23_II.pdf

TEMA 87. ATENCIÓN AL USUARIO EN LA SANIDAD: TRATAMIENTO DE QUEJAS.

- SANDRA RUIZ ESPEJO

ÍNDICE

- **INTRODUCIÓN**
- **LAS HABILIDADES QUE NOS AYUDARÁN EN LA ACTUACIÓN ANTE LAS QUEJAS**
- **TRATAR DE DETERMINAR LOS HECHOS EXACTAMENTE.**

INTRODUCIÓN

En cualquier relación laboral, los malentendidos y errores pueden dar lugar a que el usuario no esté conforme. Cuando el servicio que intentábamos proporcionarle falla, es probable que nos exija una explicación reclamando lo que les habíamos ofrecido. Nuestro trabajo nos vincula al usuario. Una queja bien atendida puede hacer que nuestro usuario insatisfecho vuelva a contar con nuestros servicios, e, incluso, que mejore la imagen de la institución, de ahí la importancia que tiene el trato en las quejas.

Cuando un individuo está enojado normalmente lo exterioriza de una forma violenta, o lastimera. Se tiende exagerar, a dramatizar.

Cuanto más confianza haya puesto en el servicio, más defraudado se sentirá y mayor será su enfado, por ello, lo peor que se puede hacer es discutir con él o interrumpirle con frases del estilo

—tranquilo, hombre, tranquiloll. Esto no hará sino provocar aún más su ira.

Debemos dejar que se desahogue guardando un respetuoso silencio para que se calme y comience a ver las cosas con más distanciamiento.

Si el disgusto del cliente que reclama es muy grande querrá herirnos, y si hay gente delante aún puede ser peor, pues puede envalentonarse e intentar reforzar sus razones para lograr el apoyo o la comprensión de quienes presencian la escena.

Hay personas que son más frías, y —atacan al culpable de una manera astuta y de forma burlona. También hay que prestarles atención e intentar calmarnos lo más posible.

COMO NORMA GENERAL ANTE UNA QUEJA

Evitar discutir ante todo.

- Escuchar al usuario, no interrumpir, mostrar interés, resumir con nuestras propias palabras lo que el usuario ha dicho.
- Permanecer leales a la institución, no hacer promesas que no se pueden cumplir.
- Satisfacer al usuario en la medida de lo posible.
- Hacer un seguimiento de la tramitación y resultados de la misma.

- No decidir ni dar una respuesta precipitada, comunicar el momento exacto en el que se le dará una explicación de lo que sucedió.
- Dar una solución al caso.

No hay que entender nunca una queja como si fuera un problema. Generalmente, cuando un usuario resuelve su problema, es más fiel que aquél que nunca ha tenido ninguna.

Para que nuestra relación con el usuario no se malogre, tendríamos que aplicar todos los conocimientos y habilidades del trato al usuario y demostrar así nuestra profesionalidad. Entre estas habilidades hay que destacar la claridad verbal, la cortesía, la empatía (ponernos en su lugar), la capacidad de escucha y las capacidades negociadoras.

El usuario empezará a abrir su actitud si no demostramos ninguna reacción negativa. Si queda satisfecho de la atención que ha recibido, empezará a cambiar su forma de pensar. Una buena manera de tratar la queja, es atenderle como a nosotros
nos gustaría que nos atendieran, como por ejemplo:

a) Utilizar un lenguaje adecuado.
b) Escuchar activamente para descubrir lo que quiere y cómo lo quiere.
c) Ayudarle a expresar su deseo, más concretamente.

El buen trato revierte en nosotros mismos, ya que percibimos el aprecio del usuario y, además, se crea un buen ambiente laboral. La satisfacción de estos contactos disminuye la fuerza de las quejas y genera nuevas relaciones al incidir sobre la buena imagen de la institución.

LAS HABILIDADES QUE NOS AYUDARÁN EN LA ACTUACIÓN ANTE LAS QUEJAS:

- Lenguaje claro y adecuado al usuario: la animación y el estilo de nuestra conversación, la forma en que razonamos o exponemos nuestras ideas causan una impresión en nuestro interlocutor. Es muy importante adaptar nuestra expresión al momento y a la persona con la que hablamos.
- Uso de refuerzos: han de ser sinceros y concretos. Los elogios generales aportan poca información pero siempre son bienvenidos. Son elogios indirectos acordarse del nombre del usuario, de algo que le interesa...
- Comprensión empática: como ya hemos visto, con ella se logra una mayor profundidad (intelectual y emotiva) en nuestras relaciones con el usuario. Debemos tener cuidado de no perder.

- Capacidad de escucha: si escuchamos eficazmente la tensión se reduce, ya que nos ayuda a resolver problemas y diferencias de criterio, estimula la cooperación, persuade de ciertas ideas, da seguridad, y por último, podremos responder de una forma más completa y adecuada.

En resumen, nuestra actitud debe ser positiva. Debemos recordar siempre que:

- Hay que mantener la paciencia sobre todo.
- Es preciso conservar la mente abierta y flexible.
- Si observamos y escuchamos bien podremos solucionar mejor las cosas.
- Si jerarquizamos los asuntos por orden de importancia, los problemas se reducen.
- La gente reacciona más ante el mensajero, que ante el mensaje, y por ello debemos ser corteses, agradables y tener dotes de persuasión.

TRATAR DE DETERMINAR LOS HECHOS EXACTAMENTE.

Cuando el usuario está ansioso por hacer valer su razón, no debemos contrariarle, lo más importante es demostrar nuestra profesionalidad aunque el servicio malogrado ya no se pueda recuperar.

Normas para atender las quejas:

1. Atender al reclamante de forma personal. Llevémosle a un lugar aislado, cómodo y tranquilo. Si esto es imposible, procuraremos apartarnos lo más posible de los otros.

2. Dejemos que se desahogue, dándole espacio para que se tranquilice por sí mismo -bien, cuénteme lo que ha sucedido.

3. Comportarnos atentamente, pues tenemos que controlarnos y escuchar para enterarnos de la verdadera dimensión del problema y producir en el reclamante la sensación de que estamos preocupados por él.

4. La expresión del rostro debe estar cuidada al mínimo detalle, evitando la sonrisa, pues podría malinterpretarse, lamentando el problema, y afirmando con la cabeza, apoyando lo que se nos dice, incluso con expresiones del tipo -le entiendo perfectamente
5. Si le resultamos al usuario serios o simpáticos, su estado de ánimo se apaciguará y se reducirá el dramatismo del problema.
6. Adoptar el punto de vista del usuario, dejar que exponga su caso y escuchar atentamente. Demostraremos satisfacción por el hecho de que nos comunique su disgusto, para finalmente intentar solucionar la queja o alcanzar un acuerdo.

7. Reformular el problema sólo cuando el usuario se haya calmado, transformándolo y reduciéndolo. Podemos aminorar su importancia repitiendo el problema.
8. Contestar a la objeción o problema de forma correcta. Cuando llega el momento de las explicaciones tranquilizantes y estimulantes, el usuario espera que la resolución sea rápida y justa, además de un trato considerado. Si no podemos darle una solución en ese momento, le haremos saber el día concreto, es decir, sin dejar nunca la cuestión -en el aire. Para darle las explicaciones oportunas, deberemos
pronunciar entonando con voz sincera y calmada, nombrando con respeto y sin adulación el nombre del usuario, con la mirada un poco baja, pero sin humillarse.
Pedir disculpas si el usuario tiene razón, sólo una vez y de forma muy clara. Debemos utilizar frases positivas al final, y despedirnos tan amablemente como empezamos, quizá el asunto pudiera acabar en anécdota.

BIBLIOGRAFÍA

•PAGINA WEG:
http://www.saludcastillayleon.es/sanidad/cm/PacientesCAS/tkContent?idContent=195518&locale=es_ES

http://hospitalesmacarenayrocio.es/memoria/informaci%C3%B3n-y-atenci%C3%B3n-a-la-ciudadan%C3%ADa/177-sugerencias-quejas-y-reclamaciones

TEMA 88. AVANCES EN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA.

- DIEGO PEÑARANDA PALOMINO
- RAFAEL LENDINES NAVAJAS
- BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ
- ALMUDENA LUQUE HERNANDEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA**
- **ARCOTERAPIA VOLUMÉTRICA MODULADA**
- **RADIOTERAPIA GUIADA POR LA IMAGEN**
- **RADIOTERAPIA ESTEROTÁXICA FRACCIONADA CORPORAL**
- **RADIOTERAPIA ADAPTATIVA**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La radioterapia (RT) desempeña un papel crucial en la atención del cáncer, y aproximadamente el 50% de todos los pacientes se benefician de la RT en el tratamiento de su enfermedad.

Los avances tecnológicos han sido principalmente el resultado de la integración de la información de imágenes en cada fase del tratamiento, desde la simulación hasta la aplicación del tratamiento.

Los sistemas de planificación de tratamiento proporcionan algoritmos sofisticados para el registro y la fusión de imágenes.

Durante la última década, una serie de desarrollos tecnológicos significativos facilitan una mayor conformidad, márgenes de planificación reducidos y la administración de una dosis aumentada al tumor, lo que puede dar como resultado mejores resultados para los pacientes.

La integración de la tecnología de imágenes en las máquinas modernas de tratamiento de radioterapia ha llevado a un aumento en la precisión y exactitud de la administración de radiación.

La obtención de imágenes a lo largo de un curso de tratamiento de radiación permite detectar cambios anatómicos y adaptar los planes de radiación en consecuencia.

RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA

La Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT) se introdujo a principios de la década de 1990 como una mejora de la RT Conformada en 3D. La IMRT fue posible mediante el uso de colimadores multiláminas (MLC) controlados por computadora y algoritmos avanzados de optimización de planificación del tratamiento que pueden crear la variación de dosis deseada dentro del campo de radiación.

Gracias al empleo de esta técnica se pueden alcanzar dosis aún más altas de radiación mientras se puede evitar la irradiación de órganos sanos circundantes.

ARCOTERAPIA VOLUMÉTRICA MODULADA

Debido a los avances tecnológicos se puede utilizar esta técnica que es un subtipo de la radioterapia de intensidad modulada con la particularidad que el acelerador lineal modula la intensidad de la radiación y la velocidad de giro mientras este esta irradiando.

El gran beneficio de esta técnica es que se consigue reducir los tiempos de tratamiento.

RADIOTERAPIA GUIADA POR LA IMAGEN

La radioterapia guiada por la imagen consiste en el empleo de imágenes para mejorar la precisión y exactitud de la administración del tratamiento.

De todas las técnicas la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) es la más utilizada. Consiste en la adquisición de múltiples radiografías de proyección antes de la administración de la radioterapia. Una imagen volumétrica con alta resolución espacial y suficiente contraste de tejidos blandos se reconstruye y registra en la TC de planificación de referencia para determinar la posición correcta del objetivo. Los errores de posicionamiento traslacional y rotacional se pueden corregir en línea antes de la irradiación.

RADIOTERAPIA ESTEROTÁXICA FRACCIONADA CORPORAL

La Radioterapia esterotáxica corporal (SBRT) es en gran medida una modalidad de tratamiento impulsada por la tecnología ya que se administra una gran dosis de radiación por fracción con una extrema precisión. Esta técnica hace posible un tratamiento seguro y eficaz en una amplia gama de ubicaciones anatómicas, cerca de órganos críticos e incluso adyacentes o dentro de campos de RT anteriores.

RADIOTERAPIA ADAPTATIVA

El término radioterapia adaptativa se refiere a cambiar el plan de tratamiento durante un curso de RT para tener en cuenta los cambios temporales en la anatomía o bien a un ajuste de la dosis administrada en función de respuesta tumoral temprana.

El empleo de esta técnica puede ser debido a una reducción del tumor, pérdida de peso, etc.

Gracias a los avances tecnológicos que permiten esta técnica, la administración del tratamiento se puede cambiar diariamente o semanalmente, para compensar los cambios en la anatomía del paciente si se cree oportuno, tras observar las imágenes adquiridas diariamente en la unidad de tratamiento.

CONCLUSIONES

Los avances tecnológicos han permitido que la radioterapia desempeñe un papel importante y exitoso en el tratamiento de muchos tipos de cáncer. En un siglo el tratamiento con radiación ha pasado de ser una terapia de último recurso a una intervención estándar.

La radioterapia ha experimentado un tremendo progreso a lo largo de los años, al darse cuenta de desarrollos tecnológicos que han revolucionado su uso clínico, pero no debemos olvidar la naturaleza multifacética de esta disciplina que la convierte en una interfaz entre la física, la química, la biología y la medicina.

Los rápidos avances en las técnicas de imagen y de administración de tratamientos que se han producido en la última década permiten administrar la radioterapia a dosis más altas y de una manera más precisa.

BIBLIOGRAFÍA

Suit, H. (2005). Zukünftige technische Fortschritte in der Radio-Onkologie* *Aus dem Englischen übersetzt. Titel des Orginalartikels: The Gray Lecture 2001: Coming technical advances in Radiation Oncology. Int J Radiat Oncol Biol Phys 53 (2002) 798–809. Zeitschrift Für Medizinische Physik, 15(4), 215–227. doi:10.1078/0939-3889-00281.

Garibaldi, C. et al. REcent Advances in Radiation Oncology. Ecancermedicalscience. 11, 785–92 (2017).

Beaton, L. et al. How rapid advances in imaging are defining the future of precision radiation oncology. British Journal of Cancer https://doi.org/10.1038/s41416-019-0412-y.

Allison RR, Patel RM, McLawhorn RA. Radiation oncology: physics advances that minimize morbidity. Future Oncol 2014;10(15):2329e44.

Pacelli, R. et al. Technological evolution of radiation treatment: Implications for clinical applications. Semin Oncol. 2019 Jul 30. pii: S0093-7754(19)30098-3. doi: 10.1053/j.seminoncol.2019.07.004.

TEMA 89. BAJA VISIÓN.

- TAMARA DORADO FERNÁNDEZ
- MARTA FERNÁNDEZ GUDÍN

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- INTRODUCCIÓN
- EPIDEMIOLOGIA
- DIFICULTADES
- CAUSAS
- APOYOS VISUALES Y PSICOLÓGICOS
- TIPOS DE AYUDAS ÓPTICAS
- CONSEJOS PARA LA VIDA COTIDIANA
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

- La OMS lo define como la disminución de agudeza visual que incapacita al sujeto para la realización de actividades cotidianas y sus tareas.

- Se define por: agudeza visual en el mejor ojo menor o igual a

0.3 y campo visual en el mejor ojo menor o igual a 20º.

INTRODUCCIÓN

- El proceso patológico, ya sea agudo o crónico, conduce a una deficiencia visual irreversible, aun a pesar de la más moderna intervención médica o quirúrgica posible.

- Este problema de visión, tampoco se corrige con gafas convencionales, lentes intraoculares o lentes de contacto. La persona no puede realizar las tareas cotidianas como leer, ver la TV, reconocer las caras, usar ordenador, etc.

EPIDEMIOLOGIA

- En el mundo hay más de 180 millones de personas discapacitadas visuales
- De ellos 135 millones presentan baja visión
- Y los 35 millones restantes presentan ceguera
- En Europa hay 20 millones de personas con baja visión
- En España hay 1.8 millones de personas afectadas.
- Constituye un problema social importante asociado al incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento

CAUSAS

- Asociadas a edad, traumatismo, defectos del desarrollo, factores genéticos…
- Degeneración macular
- Glaucoma
- Retinopatía Diabética
- Catarata
- Retinitis pigmentaria
- Miopía degenerativa
- Desprendimiento de retina
- Otras causas: distrofias retinianas, nistagmus, uveítis, aniridia, coloboma…

DIFICULTADES

- Las personas con baja visión se enfrentan a verdades problemas
- Físicos:
  - Limitación de actividades
  - Accidentes
  - Movilidad reducida
- Psicológicos
  - Ansiedad
  - Depresión
  - Baja autoestima
- Sociales
  - Soledad
  - Dependencia
  - Dificultades económicas

APOYOS VISUALES Y PSICOLÓGICOS

- Actualmente, la tratamiento más común para la visión es la rehabilitación de baja visión.

- Este tratamiento implica la evaluación de la función visual del paciente, la recomendación de dispositivos de ayuda visual y la instrucción en el uso de los mismo; sin embargo no incluye forma de soporte psicológico para el paciente o la familia

- Hay líneas de investigación sobre el valor de combinar la terapia psicológica con la rehabilitación de la baja visión, reduciendo así la incidencia de depresión en pacientes con degeneración macular.

APOYOS VISUALES Y PSICOLÓGICOS

- La activación de la conducta promueve autosuficiencia, mejora las relaciones sociales y mejora el ánimo así como contrarresta la tendencia al aislamiento.
- En el contexto de terapia ocupacional para baja visión: implica modificaciones ambientales y ayudas para lograr metas personales y funcionales.
- Estas terapias personales ayudan al paciente a expresar sus sentimientos relacionados con la enfermedad, discapacidad y pérdida visual.
- Las nuevas guías instan a oftalmólogos a ofrecer a los pacientes información a cerca de los recursos y remitirlos a rehabilitación multidisciplinaria y grupos de apoyo con un enfoque en la activación social, solución de problemas y destreza en el automanejo.

TIPOS DE ANESTESICOS

- Se pueden utilizar los principales anestésicos locales de tipo amídico: prilocaína, mepivacaína, etidocaína, lidocaína y bupivacaína.
- La solución anestésica más utilizada es una mezcla a partes iguales de lidocaína al 2% y bupivacaína al 0.5%
- Con esta asociación se consigue una inducción rápida que combina el bloqueo motor de la lidocaína y el bloqueo sensitivo y el efecto prolongado de la bupivacaína.
- Esta mezcla garantiza una analgesia quirúrgica de una duración media de 90 minutos, pero la analgesia residual suele prolongarse durante 3 o 4 horas.

TIPOS AYUDAS OPTICAS

- Ayudas ópticas para visión cercana:
  - Suelen ser lentes convexas, positivas, aumentan el tamaño de la imagen

- Lentes armadas en monturas:
  - También llamadas lentes microscópicas

CONSEJOS PARA LA VIDA DIARIA

- Adaptar el entorno: evitando obstáculos en lugares de paso y retirando alfombras
- Mantener buena iluminación en las estancias / sensores de movimiento
- Interruptores eléctricos de colores oscuros / contrastados con el resto de la pared
- Dejar luces encendidas durante la noche
- Usar teléfonos y relojes de pared o sobremesa con números grandes
- Instalar rótulos con letras grandes en artículos de uso cotidiano
- Evitar vasos transparentes, usar vajilla de colores diferentes al mantel (aumentar contraste)
- Dejar la zona del baño siempre recogida y seca

CONSEJOS PARA LA VIDA DIARIA

- Ayudar a la persona con visión baja apoyándola para que se defienda por si misma en lugar de hacer las cosas en su lugar

- Preguntar si necesita ayuda para algunas actividades

- Darle el brazo para caminar, no tirar de su mano

- Describir los lugares o lo que está pasando a su alrededor

- Para ayudar a localizar objetos, usar técnica del reloj, por ejemplo:en la mesa el reloj está a las dos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cañón Cárdenas YZ. La baja visión en Colombia y en el mundo. Cie Tecnol Salud Vis Ocul. 2011 2.
2. Céspedes O, Víctor H. Causas de discapacidad visual en campaña de prevención de ceguera. Fundación Boliviana de Oftalmología. Rev Méd-Cient “Luz Vida”. 2012
3. Quintero Busutil M, Rodríguez Masó S, Rodríguez Cabrera N, Bueno Arrieta Y, Denis González D, Reselló Leyva A. Alternativa de rehabilitación visual en pacientes con baja visión por afecciones maculares. Rev Cubana Oftalmol. 2013
4. Lebowitz B, Pearson J, Schneider L, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement ant update. JAMA 1997; 278: 1186 _90.

TEMA 90. BURNOUT O SINDROME DEL QUEMADO.

- MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA

ÍNDICE

1. Definición del Bournout o síndrome del quemado
2. Síntomas.
3. Efectos del Burnout.
    3-1. De conducta.
    3-2.Emocionales.
    3-3.Sociales.
    3-4. Organización.
4. Medida.
5. Reconocimiento como enfermedad profesional.
6. Posibles soluciones.

1- Definición de Burnout o síndrome del quemado

Maslach lo define como «un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas.»

2-SINTOMAS:

Agotamiento emocional: Sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.

Despersonalización: Desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo por parte del trabajador hacia las personas objeto del trabajo. Se produce un endurecimiento afectivo y sus conductas son vistas por los usuarios de manera deshumanizada.

Baja realización personal en el trabajo: Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales

3-EFECTOS DEL BURNOUT

Psicosomáticos:

Cansancio hasta el agotamiento y malestar general.
Fatiga crónica.
Alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo.
Dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc

3-1. DE CONDUCTA

Conducta despersonalizada en la relación con los alumnos.
Abuso barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.).

Cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.

3-2.EMOCIONALES

- Emocionales:
- Agotamiento emocional.
- Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección.
- Ansiedad.
- Sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.

3-3.SOCIALES

- Sociales y de relaciones interpersonales
- Actitudes negativas hacia la vida en general.
- Disminución de la calidad de vida personal.
- Aumento de los problemas de pareja y familiares.
- Se tiende al aislamiento social.

3-4.ORGANIZACIÓN

- Sobre la organización
- Disminución de la capacidad de trabajo.
- Disminución del compromiso.
- Bajo rendimiento y menor eficacia.
- Mayor absentismo y una mayor desmotivación, aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización.
- Aumento de los conflictos con padres y alumnos

4-MEDIDA

- Para medir la posible aparición del Burnout o síndrome del quemado (SQT), utilizaremos el instrumento de medida Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-GS), publicado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996), en su versión española (Salanova et al., 2000).

- Este instrumento puede ser útil para realizar una primera medida del burnout entre los trabajadores de una organización y permite la comparación de los resultados obtenidos con una muestra normativa de población trabajadora española.

5-Reconocimiento como enfermedad profesional.

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido oficialmente al 'burnout', o síndrome del trabajador quemado, en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Es la primera vez que se le otorga esta consideración y se ha tomado la decisión en base a las conclusiones de los expertos.

6-Posibles soluciones

- En este sentido, el 39 por ciento de los facultativos de España ha asegurado que una reducción de la carga asistencial sería muy positiva para la reducción del burnout entre el colectivo. Es más, los profesionales han hecho hincapié en la necesidad de que esta medida se aplique tanto en Atención Primaria como en Especializada.

BIBLIOGRAFÍA

- https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales/riesgos-relacionados-con-la-psicosociologia/sindrome-del-quemado/
- https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-oms-incluye-el-burnout-de-medicos-y-enfermeras-como-enfermedad-9377

TEMA 91. ESTUDIOS RADIOGRÁFICOS MÁS COMUNES DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR.

- MARTA MARIA CASTRILLÓN FERNÁNDEZ
- EVA MARIA GARZÓN CANDELA

INDICE

- **PROYECCIONES DE HOMBRO Y HÚMERO.**
- **PROYECCIONES DE CODO Y MUÑECA.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

PROYECCIONES DE HOMBRO Y HÚMERO

- **PROYECCIÓN AP DE HOMBRO.**

Generalmente se posiciona al paciente en bipedestación o en decúbito supino y, y se le gira hasta que la parte posterior del hombro estaba con el Buky.

La imagen resultante debe permitir la valoración del perfil del troquiter y del caput humeral, este último ligeramente superpuesto a la cavidad glenoidea del omoplato. También se deben observar tanto detalles óseos como de partes blandas, ya que a veces se presentan calcificaciones en la zona.

Las variantes de esta proyección son las siguiente: AP de hombro en rotación externa, rotación neutra y rotación interna.

- **PROYECCIÓN L DE HOMBRO.**

✓ **Lateral transtoracica (método de Lawrence).**

Se coloca al paciente en bipedestación o sentado, con la superficie lateral del hombro afectado cerca del chasis vertical o de pared. Se situará el brazo en el centro del chasis, el punto de centrado es el cuello quirúrgico del húmero de la articulación afectada. Se debe relajar el hombro lesionado, mientras se eleva el contralateral y rotar el cuerpo para que el caput numeral quede entre el esternón y el raquis, de forma que la línea interepicondilea imaginaria que de perpendicular al plano del chasis o de la película. El paciente debe suspender la respiración durante la realización de esta proyección. Es una proyección idónea para descartar luxaciones escapulohumerales.

- ✓ **Axial o afilar de hombro o inferosuperior.**

Se coloca al paciente en posición decúbito supino, con el brazo en abducción de aproximadamente 90° y rotación externa. Se coloca un soporte debajo del cuerpo del enfermo, para elevar el nivel del hombro y el brazo. La cabeza debe girarse contralateralmente. La respiración debe estar suspendida y se evaluará la articulación glenohumeral en visión inferiorosuperior, la apófisis coracoides, la articulación acromioclavicular superpuesta al caput humeral y de este último se visualizará lateralmente. Esta proyección está proscrita en enfermos con fracturas o luxaciones recientes.

- **PROYECCIÓN AP DE HÚMERO.**

Situar al paciente en bipedestación, colocando el brazo en el centro del chasis paralelo al mismo, separándolo ligeramente del cuerpo para evitar que se produzcan superposiciones. La mano se posiciona en rotación externa. El punto anatómico de referencia es el centro del brazo de forma tal que la imagen resultante se visualizan las articulaciones proximal y distal al húmero.

Los criterios de calidad, deben observarse todo el húmero en AP, la epitróclea y el epicóndilo, quedando el troquín superpuesto entre el caput y el troquiter.

- **PROYECCIÓN L TRANSTORACICA DE HÚMERO.**

- El paciente se sitúa en bipedestación o sentado, apoyando la superficie lateral del miembro afectado sobre el chasis. El brazo se debe colocar en el centro del chasis, elevando el miembro contralateral al lesionado, flexionando el codo y descansando la zona del antebrazo sobre la cabeza. Se debe rotar el cuerpo, para que el capot quede entre el esternón y el raquis. Nos permite identificar la articulación de numeral en proyección lateral, que es plenamente visible y la zona proximal del húmero sin superposiciones con hombro ni con raquis ni con esternón. Este estudio es muy válido para enfermos en los que esté contraindicada la rotación del brazo en las proyecciones básicas y para valorar luxaciones de hombro.

PROYECCIONES DE CODO Y MUÑECA

Las mejores proyecciones de esta articulación se logran cuando el brazo y el antebrazo están dentro de un mismo plano. La exploración se debe iniciar con la proyección lateral, que le resulta más fácil de llevar a cabo al enfermo y le anima favorablemente para lograr la proyección AP anteroposterior.

- **PROYECCIÓN AP DE CODO.**

El paciente se posicionada sentado, apoyando la parte dorsal del miembro a la mesa. Esto se debe inclinar lateralmente hasta que la epitróclea y el epicóndilo del húmero y la cara anterior del codo sean paralelos con el chasis. El codo debe estar totalmente extendido y la mano debe estar en posición Palmar. A nivel de criterios de calidad, se valorará que epitróclea y epicóndilo estén paralelos, que la interlinea articular esté despejada y la superposiciones antes mencionadas.

-

- **PROYECCIÓN L DE CODO.**

El paciente se encuentra sentado apoyando el borde interno de la mano y delante brazo sobre el chasis horizontal, con el codo en flexión de 90°. La palma de la mano se sitúa perpendicular a la mesa, en posición lateral con el dedo pulgar hacia arriba en ángulo recto y la línea interepicondilea perpendicular al plano de la mesa. En la imagen resultante se observa el codo en flexión de 90° y la línea articular visible. Debe existir una superposición de las porciones distales de cúbito y radio, los epicóndilos humedales y la cabeza del radio sobre la apófisis coronó aires del cúbito, y visualizarse lateralmente la tuberosidad bicipital del radio y el olecranon cubital.

- **PROYECCIÓN PA DE MUÑECA.**

El paciente se encuentra sentado, apoyando sobre el chasis el antebrazo y la mano en prono, con el codo flexionado 90°, ocupando el eje longitudinal del chasis.

- La muñeca y la mano deben estar relajadas, con los dedos ligeramente flexionados. Los criterios de calidad nos permiten valorar los huesos del carpo y las porciones distales del cúbito y radio, así como los metacarpianos. De manera que el extremo inferior del cúbito se visualiza de forma algo oblicua y tanto el extremo inferior del radio, como la hilera proximal del carpo se observan sin rotación.

- **PROYECCIÓN L DE MUÑECA.**

El paciente se coloca sentado, apoyando el borde cubital del antebrazo y de la mano sobre el chasis, ocupando el mismo plano horizontal que la placa, y el codo se flexionará 90°. Es una proyección válida para la valoración de desplazamientos anteriores o posteriores en fracturas o luxaciones.

La radiografías del complejo articular del carpo deben contener los siguientes elementos anatómicos: las epífisis distal del radio y del cúbito. El carpo, con sus dos cadenas o hileras de huesecillos. Las bases de cinco huesos metacarpianos.

El estudio radiográfico de muñeca se emplea habitualmente en el diagnóstico de fracturas, especialmente del hueso escafoides del carpo. Para llevar a cabo un examen de una posible fractura de escafoides, se debe abarcar en la exploración la máxima área del radio y del cúbito hasta el tercio superior del metacarpo.

BIBLIOGRAFÍA

- Libros: SERAM, sociedad española de radiología médica.
- Artículos de revistas: elsevier, Radiology.
- Páginas web: www.elsevier.es www.w-radiología.es
- Bases de datos: búsqueda sistemática en diferentes libros de radiología y varias páginas web relacionadas con la radiología.

TEMA 92. TERAPIA DE LA DIGNIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS.

- OLGA CAAMAÑO SELMA
- JESÚS MARTÍN ROMERO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- METODOLOGÍA
- OBJETIVOS
- MODELO DE LA DIGNIDAD DE CHOCHINOV
- CONCLUCIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

SECPAL Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (fundada en 1992) en ella confluyen un quipo multidiciplinar.

La aceptación al principio de autonomía, el principal resorte que impulso este cambio en el campo de la salud, fue el libro Principios de Ética Biomédica, publicado por Beauchamp y Childress.

La dignidad es un derecho básico para el ser humano.

No debemos olvidar que el derecho de morir, es único para cada persona.

METODOLOGÍA

TIPO:
Revisión de la bibliografía científica

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA
“Dignity ” AND “Pallietive Care” AND “Right To Die” OR “Therapy”

BASES DE DATOS:
Cinahl, Pubmed, Scopus, Cochrane

Se revisaron un total 16 de artículos científicos Se revisaron un total de 20 artículos científicos entre las fechas del 02 de abril del 2019 al 29 septiembre del 2019

OBETIVOS

Objetivo general:

Revisar la bibliografía sobre muerte digna y sus cuidados, abordándose con terapias.

Objetivo específico:

Identificar elementos que predispongan a la muerte digna.

Conocer los beneficios y grado de satisfacción de la terapia de la dignidad.

MODELO DE LA DIGNIDAD DE CHOCHINOV

1-Preocupaciones relacionadas con la enfermedad.
(Elementos directamente relacionados con la enfermedad)

2-Repertorio de conservación de la dignidad.

Factores internos, que pueden ser desde percepciones personales como atributos o visión personal , hasta comportamientos vinculados a las actitudes

3-Inventario social de la dignidad.

Podemos destacar desde los limites de la privacidad, hasta las consecuencias de las preocupaciones.

CONCLUCIONES

La preparación previa a los cuidados paliativos, es una herramienta muy eficaz, en la teoría de la dignidad.

Los estudios de investigación encontrado, redactan que se encuentra un alto grado de satisfacción en aceptar la terapia de la dignidad , en las unidades de cuidados paliativos.

BIBLIOGRAFIA

1- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. [Internet]. Madrid: SECPAL; 2012. [citado 8 septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=b4QLW_88jvs%3D

2- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos. [Internet]. España: SECPAL [citado 8 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf

3-Lacasta M, Sanz B, Soler C, Yelamos C, de Quadras S, Gándara del Castillo Á. Atención al duelo en cuidados paliativos: guía clínica y protocolo de actuación. [Internet]. N. º5. Madrid: SECPAL; 2014. [citado 12 septiembre 2019]. Disponible en: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5C01_MONOGRAFIA%205%20-%20OK-20140622%20Para%20imprenta%20final%20final.pdf.

TEMA 93. ABORDAJE DE INCONTINENCIA URINARIA (IU) EN ATENCIÓN PRIMARIA.

- LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
- RICARD CONDE TORRES
- CLARA GIL TORRAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA
- FACTORES DE RIESGO
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- ABORDAJE ENFERMERO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Según la International Continence Society (ICS) se define la incontinencia urinaria (IU) como la "***pérdida involuntaria*** *de orina por la uretra debida a una disfunción vesical o esfinteriana que se puede demostrar objetivamente y que suele ser un* ***problema social****, higiénico"*

EPIDEMIOLOGÍA

- 200 millones de individuos presentan IU en el mundo y 6,5 en España
- 2 mujeres de cada hombre la sufren
- La prevalencia de IU en España se sitúa entre el 30-60%
- La prevalencia de IU en la mujer es del 30- 40%, del 7% en el hombre y en ancianidad del 15-50%

TIPOS DE IU

- Esfuerzo: pérdida involuntaria por aumento de presión abdominal. Común en mujeres
- Urgencia: incapacidad de retener la orina para llegar al baño. Común en ancianos
- Mixta: combinación de IU de esfuerzo y urgencia
- Rebosamiento: sobredistensión vesical por disfunción del músculo detrusor. Común en hombres
- Funcional: presencia de barreras arquitectónicas. Ambos sexos afectados.

FACTORES DE RIESGO

- Obesidad
- Infecciones urinarias
- Tratamiento farmacológico
- Patología neurológica
- Diabetes Mellitus
- Tos crónica
- Estreñimiento crónico
- Deportes de impacto
- Multiparidad
- Menopausia
- Hiperplasia benigna de próstata

DIAGNÓSTICO

- Anamnesis
  - ✓ Diario miccional de tres días
  - ✓ Cuestionarios:
    - De IU: ICIQ-SF y calidad de vida: I-QOL
- Exploración física
- Perfil de orina

TRATAMIENTO

- En primer lugar, modificaciones en el estilo de vida y mantenimiento de hábitos higiénico-dietéticas
- En segundo lugar, rehabilitación del suelo pélvico (ejercicios de kegel y/o hipopresivos); entrenamiento vesical (diario miccional)
- En tercer lugar, fármacos si con los dos primeros no se consiguen mejoras
- Por último, intervención quirúrgica

ABORDAJE ENFERMERO

Educación Sanitaria:

- Acudir al baño desde cada 30 - 60min hasta 2 - 3 horas
- Higiene genital óptima
- Usar ropa cómoda y fácil de quitar
- Tomar diuréticos por la mañana y antes de las 18h
- Ingerir líquidos durante el día y moderarlos antes de cenar
- Evitar bebidas estimulantes, alcohol y carbonatadas

ABORDAJE ENFERMERO

Educación Sanitaria:

- Mantener extremidades inferiores en posición antiedema en horario vespertino
- Evitar el estreñimiento
- **NO** cortar la micción

Entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico

BIBLIOGRAFÍA

- Molina Toledo N, Cabello García F, Hidalgo Ramos L. Ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico en incontinencia urinaria postmenopáusica. Revista Cuidándote [Internet] 2016. [Consultado el 16 de septiembre de 2019]; 13: 26-32. Disponible en: http://revistacuidandote.eu/fileadmin/VOLUMENES/2016/Volumen13/postmenopausia.pdf
- Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI). Líneas de actuación para Profesionales Sanitarios ante el Paciente con Incontinencia Urinaria. [consultado el 16 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.observatoriodelaincontinencia.es/guia_oni/002_pro/index.html

BIBLIOGRAFÍA

- International Continence Society (ICS). Urinary incontinence [en web] [Consultado el 15 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.ics.org
- González Sánchez B, Rodríguez-Mansilla J, de Toro García A, González López-Arza MV. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. An Sist. Sanit. Navar. 2014; 37 (3): 381-400.
- Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Estaban Fuertes M., Fernández-Pro Ledesma A., Molero García JM. Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. Elsevier España S.L. 2013 Enero; 39(4).

TEMA 94. ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DEL LINFEDEMA.

- GONZALO PRIETO CRISTÓBAL

ÍNDICE

- DEFINICIÓN DE LINFEDEMA
- CLASIFICACIÓN DEL LINFEDEMA
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN DE LINFEDEMA

Se conoce como linfedema al aumento anormal de líquido rico en proteínas en el espacio intersticial debido a una alteración de la capacidad de transporte por una insuficiencia del sistema linfático.

Se manifiesta por un incremento del tamaño o hinchazón de una extremidad o región del cuerpo.

Los linfedemas no tratados evolucionan hacia la formación de tejido fibrótico, el linfedema pierde agua, por lo que cada vez la concentración de macromoléculas es mayor. Estas moléculas se unen y se fibrosan. Una vez que se forma el linfedema fibrosado es complicado revertirlo con la fisioterapia, por lo tanto es muy importante un diagnóstico precoz.

CLASIFICACIÓN DEL LINFEDEMA

Según el origen del linfedema podemos distinguir entre dos tipos:

PRIMARIO:
Es de origen congénito y/o hereditario, representa el 10% del total y puede manifestarse en cualquier momento de la vida, por lo que se clasifica:

Conatal: desde el nacimiento hasta los 2 años.
Precoz: desde los 2 años a los 35 años.
Tardío: después de los 35 años.

SECUNDARIO:

Se trata del más frecuente, representando el 90% del total, su causa principal es obstructiva y producirse tras cirugías oncológicas, por irradiación, por quemaduras de tercer grado, esclerosis vascular por envejecimiento del sistema linfático o filariasis. Esta última es la causa más común de linfedema a nivel mundial ya que en el tercer mundo abunda por la picadura de un mosquito que crea larvas que acceden al sistema linfático.

La naturaleza de este tipo de linfedema varía según el lugar, en países del tercer mundo es infecciosa, mientras que en los países desarrollados es neoplásica (a raíz de cirugías y radioterapia).

El inicio del linfedema secundario puede ser precoz si surge a los pocos meses de tratamiento o tardío si pasa más de un año desde el tratamiento. Existen casos documentados de aparición del linfedema a los 8-10 años del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

•Srur E. Linfedema. Revista Médica Clínica Las Condes. 2008;19(1):115-121Linfedema: MedlinePlus Enciclopedia Digital. 2018 [citado 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/lymphedema.htmlAris

•-Cuadrado A, Álvarez-Vázquez MJ, Martín-Mourelle C, Díaz-Jiménez C. Clínica, clasificación y estadiaje del linfedema. Rehabilitación. 2010;44(1):29-34

TEMA 95. SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO.

RAQUEL SANTALIESTRA ELVIRA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **MATERIAL Y MÉTODO**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN**

INTRODUCCIÓN

En el contexto de nuestra sociedad destaca la alta importancia que las mujeres dan a su sexualidad durante todo el embarazo, destacando como fuente de información, la figura de la matrona, quizás motivado por el programa de preparación maternal

Aunque el conocimiento sobre los aspectos intrínsecos del embarazo es amplio (cambios endocrinos, funcionales,…) no ocurre lo mismo con los cambios a nivel sexual.

Objetivos

- Conocer los cambios que experimenta la sexualidad de la mujer durante el embarazo.
- Conocer las recomendaciones actualizadas acerca de la actividad sexual en el embarazo

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica en las principales organizaciones de salud, asociaciones de profesionales y las principales bases de datos científicas, delimitando la búsqueda a los últimos 10 años y a publicaciones en español e inglés.

RESULTADOS

Durante el primer trimestre el deseo sexual puede estar inhibido por la presencia de náuseas, vómitos y cansancio.

En el segundo trimestre las molestias se hacen más leves, la mujer se siente mejor y recupera el apetito sexual.

En el estado avanzado de gestación aparece incomodidad por el vientre femenino globuloso, que impide determinados desplazamientos y movilidad durante el coito. Se aconseja la penetración con posturas que liberen a la mujer (lateral, cuadrúpeda o con la mujer encima) y la penetración vaginal desde atrás.

RESULTADOS

Por otra parte, también existe una tendencia actual a mostrar, exaltar, el cuerpo de la gestante, con focalización en sus barrigas, exhibiéndolas como parte su identidad de mujeres embarazadas.
Cuando la apariencia física es aceptada por la gestante aumenta el sentimiento de más seguridad en las relaciones sexuales.

En un embarazo sano no se contraindican las relaciones sexuales.
Se deberán evitar las relaciones sexuales cuando haya: hemorragia genital, amenaza de parto prematuro rotura de bolsa pretérmino.

CONCLUSIÓN / DISCUSIÓN

Si bien no es posible predecir y sistematizar cómo serán integrados y vividos los cambios por cada mujer, por cada pareja, sí que aparecen algunas características comunes en la sexualidad durante el embarazo y tienen lugar cambios significativos según la edad gestacional.

BIBLIOGRAFÍA

Salim N, Araujo N. Cuerpo y sexualidad:experiencias de puérperas. Revista Latino-Americana Enfermagem, 18(4), 732-739.

Montes Muñoz M. Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos; 2007.

Martín de María S. Sexualidad en el embarazo y puerperio. Matronas profesión. 2001; 2(4),9-14.

Tenorio Tovar N. Repensando el amor y la sexualidad: una mirada desde la segunda modernidad. Sociolóliga; (Mayo-agosto 2012), 27(76), 7-52.

TEMA 96. REHABILITACIÓN EN EPICONDILITIS.

- PATRICIA FERVIENZA FUEYO
- CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ

ÍNDICE:

- INTRODUCCIÓN.
- RECUERDO ANATÓMICO.
- ETIOPATOGENIA.
- DIAGNÓSTICO.
- NIVEL DE DOLOR.
- TRATAMIENTO.
- BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN:

La epicondilitis, también conocida como "codo de tenista", es la lesión de codo más frecuente. Afecta por igual a hombres y a mujeres, de entre 40 y 60 años, principalmente en el lado dominante.

Se trata de una tendinosis que cursa con dolor localizado en la inserción de los músculos extensores del antebrazo, sobre todo por un uso excesivo de los mismos. Está relacionada con actividad deportiva y/o laboral.

La duración de la sintomatología suele ser elevada desde 6 a 9 meses.

Es causa relativamente frecuente de incapacidad laboral temporal, esto supone un importante coste económico.

RECUERDO ANATÓMICO: musculatura del antebrazo.

Musculatura ventral:

- Flexores superficiales:
  Pronador redondo.
  Flexor superficial de los dedos.
  Flexor radial del carpo.
  Flexor cubital del carpo y palmar largo.

- Flexores profundos:
  Flexor profundo de los dedos.
  Flexor largo del pulgar.
  Pronador cuadrado.

RECUERDO ANATÓMICO: muculatura del antebrazo.

- Musculatura radial:

  Braquiorradial.

  Extensor radial largo del carpo.

  Extensor radial corto del carpo.

RECUERDO ANATÓMICO:musculatura del antebrazo.

Músculos dorsales:

- Superficiales:
  Extensor de los dedos.
  Extensor del meñique.
  Extensor cubital del carpo.
- Profundos:
  Supinador.
  Abductor largo del pulgar.
  Extensor corto del pulgar.
  Extensor largo del pulgar.
  Extensor del índice.

ETIOPATOGENIA:

Mecanismo lesional de las tendinopatías:

- Compresión de forma continuada.
- Tracción excesiva por sobrecarga.
- Contusión por traumatismo directo.

En cuanto a la epicondilitis, en la mayoría de los casos se debe a la sobrecarga debido a uso excesivo de la mulculatura extensora del antebrazo, principalmente el extensor radial corto del carpo y el extensor de los dedos.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de la epicondilitis es fundamentalmente clínico:

- Inspección visual, dolor a la palpación local, el paciente puede referir dolor en la cara lateral del codo irradiado hacia el tercio proximal del antebrazo con sensación de disminución de la fuerza prensora de la mano.
- Pruebas: de la silla, de Bowden, contracción contrarresistencia y estiramiento pasivo doloroso de la musculatura extensora de los dedos y la muñeca, etc.
- Evaluación osteopática: cervical de C5-6, movilidad menor del codo, PGMs, estiramiento y palpación nerviosa del radial, etc.

NIVEL DE DOLOR

Descripción de nivel de dolor en epicondilitis a través de la clasificación de las fases de epicondilitis lateral de Nirschl:

1. Dolor moderado posterior a ejercicio que dura menos de 24 horas.
2. Dolor después de ejercicio que dura más de 48 horas y resuelve con medios físicos.
3. Dolor con ejercicio pero no es limitante.
4. Dolor con ejercicio y lo limita.
5. Dolor con actividades de la vida diaria pesadas.
6. Dolor con actividades de la vida diaria ligeras, intermitente en reposo, no interfiere con el sueño.
7. Dolor constante en reposo, interfiere con el sueño.

TRATAMIENTO:

Actualmente existe poca evidencia que apoye las diferentes estrategias.

- Tratamiento conservador: inicialmente se trata de reducir el dolor mediante reposo, tratamiento médico (vía oral con AINEs o local, infiltraciones), fisioterapia antiálgica (crioterapia, electroterapia). En cuanto sea posible, mediante fisioterapia se trata de aumentar la amplitud del movimiento, la fuerza y la resistencia de los músculos del antebrazo. Mediante un programa de entrenamiento excéntrico de la musculatura extensora y de ejercicios combinados de estiramiento y fortalecimiento del antebrazo en general que respeten la estabilización escapular y la curvatura raquídea.
- Tratamiento quirúrgico: si el conservador fracasa.

BIBLIOGRAFÍA

- Hortal Alonso RM, Salido Olivares M, Navarro Alonso P, Candelas Rodríguez G. Epicondilitis. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2005; vol. 6(2):79-88.
- Schünke M, Schulte E, Schumacher U. Prometheus: texto y atlas de anatomía. 1 Anatomía general y aparato locomotor. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana; 2005.
- Chaustre Ruíz DM. Epicondilitis lateral: conceptos de actualidad. Revisión de tema. Revista Med. 2011; 19(1):74-81.
- Degez F, Pernot P. Tratamiento kinesiterapéutico de la epicondilalgia tendinosa. Kinesiterapia-Medicina física. 2010; vol. 31(4):1-13.
- Pruvost J. Tendinopatías del deportista. Tratados EMC. 2012; vol. 14 (2):1-10.

TEMA 97. DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.

MARÍA ISABEL CHAVES MARTÍNEZ
BEATRIZ GARCÍA DÍAZ
MIRIAM GARCÍA GARCÍA
ÁNGELA ÁLVAREZ CABO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. DESARROLLO
   - 3.1. TIPOS
   - 3.2. MOTIVOS DE SU PRÁCTICA
   - 3.3. MEDICALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA
   - 3.4. PREVENCIÓN DE LA PRÁCTICA
   - 3.5. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD
   - 3.6. CONSECUENCIAS LEGALES EN ESPAÑA
4. CONCLUSIONES
5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la mutilación genital femenina (MGF), comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos.

Actualmente más de 200 millones de mujeres y niñas han sido sometidas a ella y cada año más de 3 millones de niñas están en riesgo de sufrirla (17000 en España). La prevalencia varía según el país y la etnia.

Se realiza en regiones occidental, oriental y nororiental de África, países del Oriente Medio y Asia y entre migrantes de esas áreas.

Se suele practicar en algún momento de la infancia, entre la lactancia y los 15 años.

Está reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas.

2. OBJETIVOS

- Dar a conocer la situación actual de la MGF.
- Mejorar la prevención y atención de las mujeres en riesgo o sometidas a MGF.
- Evitar las consecuencias negativas para la salud de la MGF.

3. DESARROLLO

La MGF, refleja una importante desigualdad entre sexos y discriminación a la mujer.

3.1. TIPOS

Se clasifica en 4 tipos principales:

- **Tipo I. Clitoridectomía**: resección parcial o total del clítoris o solo del prepucio.
- **Tipo II. Excisión:** resección parcial o total del clítoris y labios menores, a veces también mayores.
- **Tipo III. Infibulación:** los labios menores o mayores se cortan y recolocan cosiéndolos, produciendo un estrechamiento de la abertura vaginal, a veces también con resección del clítoris.
- **Tipo IV. Otros:** perforación, incisión, raspado o cauterización.

3.2. MOTIVOS DE SU PRÁCTICA

- **Socioculturales:** tradición arraigada, presión social, temor al rechazo, pertenencia, orgullo, necesidad de aceptación y reconocimiento, símbolo de madurez y de transición a la adultez, el dolor como muestra de valentía y preparación para afrontar las dificultades de la vida. **Religiosas:** No hay escritos religiosos que apoyen la práctica, sin embargo quienes la realizan buscan su respaldo en ello a pesar de que la práctica es previa al islamismo y al cristianismo.
- **Higiénico-estéticas:** modelo de feminidad, impureza, suciedad, antiestético, la mujer con clítoris contamina todo lo que toca, en él habita un espíritu maligno.

- **Psicosexuales:** asegurar la virginidad antes y la fidelidad tras el matrimonio, proporcionar más placer al hombre, evitar la muerte del hombre si este toca el clítoris con su pene, evitar la muerte del bebe en el parto si roza el clítoris al nacer, el clítoris es un atributo masculino que no concuerda con la mujer y hay que eliminarlo.
- **Socioeconómicas:** su medicalización supone una fuente de ingresos para los profesionales, ritual de preparación como requisito previo al matrimonio ya que la mujer depende económicamente del hombre o previo como derecho a recibir una herencia, en el ritual o ceremonia de celebración de iniciación a la vida adulta la niña recibe regalos.

3.3. MEDICALIZACIÓN DE LA PRÁCTICA

Aunque la suelen realizar circuncisoras tradicionales, también puede ser practicada por profesionales. Esto contribuye a su defensa y a reconocerla como un procedimiento sanitario así como a creer que por acudir a un profesional se reducirán las complicaciones. Solo el 18% de las mutilaciones son realizadas por profesionales que usan material quirúrgico y anestésicos.

Las circuncisoras tradicionales no suelen utilizar anestésicos ni antisépticos. La práctica se lleva a cabo con una variedad de herramientas: cuchillos, tijeras, bisturíes, hojas de afeitar, cristales, latas, etc. Para suturar se utilizan fibras vegetales, hilo de pescar y alambres, entre otros.

3.4. PREVENCIÓN DE LA PRÁCTICA

Es importante prevenir la MGF para evitar sus consecuencias negativas. El proceso migratorio ha producido un incremento de mujeres que son sometidas a esta práctica y que viven fuera de su país. La migración es un factor clave que permite a los profesionales lleva a cabo programas de sensibilización y concienciación que puedan influir en las decisiones familiares y en la erradicación de la práctica. La transmisión de conocimiento disminuye el interés por la práctica. Aquellas niñas de madres con mayor nivel educativo tienen menos riesgo de ser mutiladas. El abordaje se puede realizar de forma individual o grupal.

Los profesionales deben conocer los motivos por los que se realiza, sus consecuencias y la legislación existente al respecto con el fin de tener argumentos que consigan frenar la práctica. Para ello es recomendable previamente establecer una relación de confianza con las familias. Ser empáticos y asertivos nos permitirá prevenirla y detectarla.

El compromiso preventivo es un documento que sirve como herramienta para su prevención cuando la familia va a realizar un viaje al país de origen. Proporciona información sobre sus consecuencias, creencias y aspectos legales. Es un apoyo para los padres cuando son presionados por las familias para realizar la MGF y deciden no practicarla.

3.5. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

Puede producir múltiples complicaciones inmediatas así como consecuencias a largo plazo tanto físicas como mentales. Éstas son graves y dependen del tipo de MGF realizada, aumentando con su magnitud.

- **Generales:** dolor intenso inmediato y a largo plazo crónico, inflamación, infecciones (vulvares, urinarias, tétanos, hepatitis, VIH), septicemia, hemorragia, anemia, shock, quistes, queloides, abscesos, úlceras, adherencias, fracturas por resistencia, muerte.
- **Obstétricas:** distocias del periodo de dilatación y expulsivo por pedida de elasticidad perineal, desgarros de la cicatriz, mayor riesgo de cesárea, parto obstruido, fistula obstétrica, hemorragia postparto, malos resultados perinatales.

- **Genitourinarias:** retenciones de orina, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, disuria, deshidratación por evitación de la ingesta de líquidos.
- **Ginecológicas:** dismenorrea, hematocolpos, infecciones del aparato genital femenino, infertilidad, lesiones durante las relaciones sexuales.
- **Sexuales:** erotofobia, dispareunia, vaginismo, disminución del deseo sexual, anorgasmia, vulnerabilidad hacia las ITS.
- **Psicológicas:** estrés postraumático, alteraciones del sueño y apetito, ansiedad, depresión, fobia social, "genitally focused anxiety-depression syndrome" (síndrome específico que se caracteriza por una preocupación constante sobre el estado de sus genitales y pánico a ser infértil).

- **Sociales:** son frecuentes los sentimientos de ambivalencia. Por un lado, la tradición, la necesidad de reconocimiento y pertenencia al grupo. Por otro lado, quienes se abstienen, tienen miedo a ser rechazadas socialmente por haber traicionado su cultura. Es por ello que las familias consideran que los riesgos sociales son mayores que los físicos y mentales. En las mujeres que emigran, se producen problemas derivados de la diferencia cultural. La oposición a la práctica del país de destino y la interacción con mujeres no circuncidadas les genera conflictos internos al desmoronarse lo que les han inculcado.

3.6. CONSECUENCIAS LEGALES EN ESPAÑA

En nuestro país, la MGF, está tipificada desde 2003 como delito de lesiones en el Código Penal (art. 149) y está penada con prisión e inhabilitación de la patria potestad de menores.

En 2005, se aprobó la persecución extraterritorial de la práctica cuando los responsables sean residentes en España y se aproveche un viaje para realizarla (L.O. 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial).

Asimismo, cualquiera que detecte una situación de riesgo o desamparo de un menor, se encuentran obligado a prestar auxilio y a poner los hechos en conocimiento de los representantes legales correspondientes (L.O. 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor).

4. CONCLUSIONES

- Es importante conocer los tipos de MGF y sus consecuencias para mejorar la atención de las mujeres.
- Las consecuencias de la MGF son muy variadas, abarcando complicaciones físicas, mentales y sociales.
- Es necesario realizar una atención desde un enfoque transcultural, desarrollando acciones para su prevención, detección y atención.
- Conocer los países en los que mayoritariamente se practica nos servirá de ayuda para detectar quienes pueden beneficiarse de una intervención.
- La influencia de los procesos migratorios permite llevar a cabo programas de sensibilización y concienciación que pueden influir en las decisiones familiares y en su erradicación.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina. Washington,DC : OPS;2013.
2. La mutilación genital femenina en España. Madrid: Delegación del Gobierno para la Violencia de Genero. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;2015.
3. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad;2015.
4. La MGF en España: Prevención e intervención. Unión de Asociaciones Familiares. Madrid: Dirección General de Integración de los Inmigrantes. Ministerio de Trabajo e Inmigración;2011.

5. Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas Prácticas. Dirección General de Migraciones. Ministerio de Empleo y Seguridad Social;2016.
6. Jiménez García A, Granados Bolívar ME. Impacto bio-psicológico en mujeres sometidas a mutilación genital. Ene. [Internet]. 2016 Abr [citado 2019 Ago 28];10(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100003&lng=es.

TEMA 98. POLIQUISTOSIS RENAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. DIAGNÓSTICO Y MANEJO.

- **BORJA MERELO NICOLÁS**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. GENÉTICA
3. FISIOPATOLOGÍA
4. DIAGNÓSTICO
5. MANEJO TERAPÉUTICO
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

- La **poliquistosis renal autosómica dominante** (PQRAD) es la enfermedad renal hereditaria más frecuente. (1:1000 RNV).
- Progresiva aparición de quistes renales que suelen conducir a la **enfermedad renal crónica terminal** (ERCT), generalmente en la edad adulta.
- Manifestaciones **sistémicas** tales como: hipertensión arterial, aneurismas intracraneales, poliquistosis hepática, anomalías valvulares y quistes en otros órganos
- La formación de quistes renales **comienza en el útero** y la carga de quistes es importante en la infancia.
- El **espectro clínico varía** desde hematuria macroscópica, dolor abdominal e hipertensión hasta el hallazgo incidental de quistes renales debido a otros síntomas o detección con imágenes en individuos asintomáticos en riesgo.

2. GENÉTICA

- Mutaciones en al menos dos genes. El 85% mutaciones en el gen **PKD1** (cromosoma 16p13.3) que codifica policistina-1 (PC1). El 15% mutaciones en el gen **PKD2** (cromosoma 4q21) que codifica policistina 2 (PC2).
- Las mutaciones en el gen PKD1 se asocian típicamente con una enfermedad más grave que las del gen PKD2. Con una progresión más rápida a ERCT.
- Entre los pacientes con PKD1, aquellos con mutaciones truncantes en PKD1 muestran una progresión más rápida a ERCT que aquellos con mutaciones no truncantes.

2. GENÉTICA

Los niños con mutaciones PKD1 tienen riñones más grandes y más quistes renales que aquellos con mutaciones en PKD2 (13.39 ± 12.53 vs. 3.00 ± 210, respectivamente)

Dada la edad más temprana de diagnóstico en familias con mutaciones de PKD1, está sobrerrepresentada en niños.

3. FISIOPATOLOGÍA

•Las policistinas (PC1 y PC2), proteínas asociadas a membranas, forman un complejo cuyo papel principal sería la regulación del calcio intracelular.
•Los cambios en los niveles de Ca y cAMP, llevan a una activación de varias vías celulares (MAPK y ERK, mTOR, CDK2, EGFR..) que producen el cambio fenotípico:

- Apoptosis
- Fenotipo secretor
- Remodelación de matriz extracelular
- Aumento de la proliferación.

4. DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico de elección es la ecografía. (Sensibilidad 95% en PKD1 y 67% en PKD2; y Especificidad 100% en menores de 30 años).
- La RMN puede ayudar al diagnóstico.
- Los criterios de ecografía diagnóstica para la PQRAD en niños se basan en la premisa de que los quistes renales simples son raros (prevalencia <0,1%). Por lo tanto, la presencia de un solo quiste, preferiblemente> 1 cm de diámetro, en un niño de una familia conocida de PQRAD es una base suficiente para un diagnóstico.

- El diagnóstico genético de rutina no está recomendado si el diagnóstico clínico y por imagen es claro.

5. MANEJO TERAPÉUTICO

La principal medida terapéutica en esta fase de la enfermedad es la adquisición de unos hábitos de vida saludables:

- Aumento de la ingesta de agua
- Reducir ingesta de sal <2g/día.
- Realizar ejercicio físico regular. (Dudas sobre si no recomendar deportes de contacto por riesgo de trauma renal)
- Evitar el sobrepeso y obesidad con una dieta equilibrada (A mayor superficie corporal, deterioro más rápido de FR)
- Evitar el uso crónico de fármacos nefrotóxicos (AINES,etc)
- No fumar.

5. MANEJO TERAPÉUTICO

En caso de aparecer de forma precoz, la complicación más frecuente es la HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- IECAs tratamiento de elección para HTA.
  - Dudoso papel en niños para frenar la progresión de la enfermedad renal.
  - Recomendable en pacientes con TA entre p75-p95, frena el ↑MVI y el ↓FG.
  - ↓Microalbuminuria.
- No se ha visto mejoría en la asociación IECAs-ARAII.
- No hay datos suficientes del uso de ARAII.

Otros fármacos como los vaptanes, inhibidores mTOR o análogos de la somatostatina no se encuentran actualemente en ficha técnica para uso en la infancia.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Torres VE, Harris PC, Pirson Y. Autosomal dominant polycystic kidney disease. Lancet 2007;369:1287-301.
- Reddy BV, Chapman AB. The spectrum of autosomal dominant polycystic kidney disease in children and adolescents. Pediatr Nephrol 2017; 32:31.
- Hateboer N, van Dijk MA, Bogdanova N, Coto E, Saggar-Malik AK, San Millan JL, Torra R, Breuning M, Ravine D (1999) Comparison of phenotypes of polycystic kidney disease types 1 and 2. European PKD1-PKD2 Study Group. Lancet 353:103–107
- Fencl F, Janda J, Bláhová K, Hríbal Z, Stekrová J, Puchmajerová A, Seeman T (2009) Genotype-phenotype correlation in children with autosomal dominant polycystic kidney disease. Pediatr Nephrol 24(5):983–989.

TEMA 99. PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

ESTEFANÍA BLANCO GARCÍA
ROCIO VÁZQUEZ CUERVO
RAQUEL RUIZ TURRADO
MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- CLASIFICACIÓN DE ÁREAS
- SEÑALIZACIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La protección radiológica es la disciplina que estudia los efectos nocivos de las dosis producidas por las radiaciones ionizantes y los procedimientos para proteger a los seres vivos de sus efectos nocivos.

La protección radiológica tiene un doble objetivo:

Proteger a las personas y al medio ambiente de los efectos nocivos de la radiación.

Para conseguir el objetivo fundamental de la protección radiológica se establecen tres principios básicos:

-Justificación.

-Optimización.

-Limitación de dosis.

-Justificación:Toda actividad que pueda incrementar la exposición a radiaciones ionizantes debe producir el suficiente beneficio a los individuos expuestos.

-Optimización:Para cualquier fuente de radiación,las dosis individuales,el numero de personas expuestas,y la probabilidad de verse expuestas deben mantenerse tan bajas como sea razonadamente posible.

-Limitación de dosis:La exposición individual al conjunto de las fuentes de radiación susceptibles de control,ha de estar sujeta a limites en la dosis recibida y, en el caso de exposiciones potenciales,a cierto control del riesgo. Estos límites son diferentes para el público y para los trabajadores profesionalmente expuestos.

Una persona se considera profesionalmente expuesta si como consecuencia de su actividad laboral será expuesta a radiaciones ionizantes con una probabilidad de recibir 1/10 de los limites de la dosis. El resto de las personas se consideraran miembros del público.

OBJETIVOS

- Objetivo general:Establecer los diferentes procedimientos generales y especificar de protección radiológica con la finalidad de minimizar los efectos nocivos de las radiaciones emitidas por los diferentes equipos en el área del servicio de radiodiagnóstico.
- Objetivos específicos:
  - Establecer normas que garanticen la prevención de la incidencia de los efectos biológicos deterministas,manteniendo la dosis por debajo de un umbral determinado
  - Describir las medidas razonables para reducir la aparición de los efectos biológicos,estocásticos a niveles aceptables.
  - Determinar lineas de responsabilidad en radioprotección de los trabajadores en las instalaciones.

CLASIFICACIÓN DE ÁREAS

- La clasificación de los lugares de trabajo se realiza teniendo en cuenta la evaluación de las dosis anuales previstas,el riesgo de dispersión de la contaminación, probabilidad y magnitud de las exposiciones potenciales.

- A tal efecto,se identificaran y delimitaran todos los lugares de trabajo en los que exista la posibilidad de recibir dosis superiores a los límites de dosis establecidos para los miembros del público y se establecerán las medidas de protección radiológica aplicables:
  - Zona vigilada.
  - Zona controlada.

- Zona vigilada:Aquella en la que existen probabilidad de recibir dosis superiores a los limites de dosis para los miembros del público,siendo muy improbable recibir dosis efectivas superiores a 6mSv o dosis equivalentes superiores 3/10 de los limites de dosis equivalentes para el cristalino,piel y extremidades.

- Zona controlada: Aquella en la que existe la probabilidad de recibir dosis efectivas superiores 6mSv o dosis equivalentes superiores 3/10 de los limites de dosis equivalentes para el cristalino,piel y extremidades.
- Dentro de las zonas controladas pueden existir algunas que por sus características,y en función del riesgo radiológico,requieren una clasificación mas restrictiva,como la considerada en los apartados siguientes:

-Zona de permanencia limitada:Aquella en la que existe un riesgo de recibir una dosis a los limites de dosis ,si se pertenece en ella durante toda la jornada laboral completa.

-Zona de permanencia reglamentada:Aquella en la que existe riesgo de recibir dosis superiores a cualquiera de los limites de dosis en cortos periodos de tiempo y que requiere prescripciones especiales desde el punto de vista de la optimización.

-Zona de acceso prohibido:Aquella en la que existe riesgo de recibir en una exposición única dosis superiores a los limites de dosis.

SEÑALIZACIÓN

- El riesgo de irradiación vendrá señalizado mediante símbolo internacional:Un “trébol” enmarcado por una orla rectangular del mismo color y de idéntica anchura que el diámetro del circulo interior del mismo.
- Los colores de los “tréboles” indicaran la clasificación de la zona,en orden creciente al riesgo ocasionado.
- Estos son:
    - Gris azulado:zona vigilada.
    - Verde:zona controlada.
    - Amarillo:zona de permanencia limitada.
    - Naranja:zona de permanecía reglamentada.
    - Rojo:zona de acceso prohibido.
- Las Señales se colocaran bien visibles a la entrada de las correspondientes áreas.

- Los equipos móviles de los rayos x llevan una señal que indique sus características ,riesgo y restricciones de uso.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley de regulación del uso de fuentes ionizantes.
- Ley 28028.(2003)
- Reglamento de seguridad radiológica D.S.Nº-009-97-EM(1997)
- Requisitos de protección radiológica en diagnostico medico con rayos x. Norma técnica IR.002.2012.IPEN 63-06-2013

TEMA 100. CARRO DE PARADAS.

- **CRISTINA RODRIGUEZ ABAD**

ÍNDICE

- DEFINICION
- OBJETIVOS
- POBLACIÓN DIANA
- PROFESIONALES IMPLICADOS
- RECURSOS MATERIALES
- BIBLIOGRAFIA

DEFINICION

El carro de paradas es un dispositivo móvil que debe contener el material imprescindible para la atención inmediata del paciente en parada cardio-respiratoria. Su contenido debe estar sistematizado, con normas claras de uso, reposición y mantenimiento y reservado para situaciones de Urgencia Vital.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

Normalizar las actuaciones del personal de enfermería en relación a la dotación básica y el mantenimiento en condiciones óptimas de utilización del carro de parada cardio-respiratoria hospitalaria en pacientes adultos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Unificar los recursos materiales mínimos necesarios para la dotación de los carros de parada.
- Establecer criterios de revisión y reposición del carro de forma sistematizada.

POBLACIÓN DIANA

Dirigido a todas las unidades asistenciales de población adulta que dispongan de carro de parada cardio-respiratoria de todos los hospitales.

PROFESIONALES IMPLICADOS

Todos los enfermeros y auxiliares de enfermería que desarrollan su actividad en un centro asistencial que disponga de carro de parada cardio-respiratoria.

RECURSOS MATERIALES

- Desfibrilador externo.
- Tablero rígido de reanimación.
- Bala de oxígeno portátil con caudalímetro.
- Balón autohinchable con bolsa reservorio.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Material de soporte circulatorio.
- Material de ventilación manual y oxigenoterapia.
- Material de intubación.
- Vias aéreas alternativas (opcional).
- Medicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Nolan, J et all. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010.
- Cao, A. Protocolo de revisión y mantenimiento de dispositivos de atención urgente. Servicio de Salud del Principado de Asturias. 2009.
- Cañadas V, García A, Mansilla C, Ortiz N. Protocolo de organización y control del carro de parada. Hospital Infanta Sofía 2010.
- Cabello, C. et all. Revisión y mantenimiento del carro de parada 2012. Hospital Reina Sofía 2012.