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***
- 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. **PROYECTO DE MEJORA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: AFRONTAR LA MUERTE.**
- ***JOSÉ M. MONFORTE-ESPIAU***
- 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. **El 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 PEREIRO 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 PEREIRO 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 CAIDA DEL CABELLO Y EL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA.**
- ***VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA, ANA MARÍA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA***
- 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. **LA DIABETES GESTACIONAL.**
- ***LAURA LÓPEZ GARCÍA, ANA BELÉN RECIO GARCÍA, ÁNGELA SÉSAR NAVAL, MARTA MARÍA RECIO GARCÍA***
- 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 ASENCIO 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 LEAD 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 RAKASIEN*E**
- 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 GUTIERREZ BLANCO***
- 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. **PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES GERIÁTRICOS.**
- ***SANDRA CASARIEGO GARCÍA, SANDRA GONZÁLEZ ARIAS***
- Tema 253. **RATIO ENFERMERO-PACIENTE.**
- ***JESÚS MARTÍN ROMERO***
- Tema 254. **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO.**
- ***OLGA CAAMAÑO SELMA, JESÚS MARTÍN ROMERO***
- Tema 255. **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 256. **CLEPTOMANÍA.**
- ***ANA ISABEL MUÑIZ DÍAZ, ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL***
- Tema 257. **MALTRATO INFANTIL: LESIONES ESQUELÉTICAS EN EL NIÑO MALTRATADO.**
- ***CYNTHIA VIDAL CAMEÁN, TANIA HIERRO TORNER***
- Tema 258. **DETECCIÓN TEMPRANA DE DISCAPACIDAD AUDITIVA.**
- ***AIDA GARCÍA ARDURA, TAMARA GARCÍA ORDOÑEZ, VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ, CARLOTA ACOSTA BERNARDO***
- Tema 259. **BENEFICIOS DE LA DISCIPLINA POSITIVA EN LA INFANCIA**
- ***SANDRA CASARIEGO GARCÍA, SANDRA GONZÁLEZ ARIAS***
- Tema 260. **EL ESTREÑIMIENTO EN LOS ANCIANOS Y PAUTAS PARA PALIARLO.**
- ***MARÍA DEL PILAR RUIZ ESPINA , M.ª ANGELES MARTÍNEZ BESTEIRO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 261. **ENFERMEDAD CELIACA.**
- ***ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL, ANA ISABEL MUÑIZ DÍAZ***
- Tema 262. **EL PROBLEMA SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA.**
- ***CHRISTIAN ÁLVAREZ ESLAVA, TERESA CRIADO SANCHEZ***
- Tema 263. **EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE A LECHE MATERNA.**
- ***GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA, MARÍA PILAR LÓPEZ PIZARRRO***
- Tema 264. **EL CELADOR Y LA VISIÓN DE LA HUMANIZACION HOSPITALARIA.**
- ***FÉLIX ALONSO FERNÁNDEZ, ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ***
- Tema 265. **INFECCIONES NOSOCOMIALES Y SU PREVENCIÓN.**
- ***LLARA LAVILLA SOLÍS, CRISTINA ORDIALES VEGA, SHEILA PÉREZ RODRÍGUEZ, JENNYFER CORBEIRA PRESNO, DAVID RODRÍGUEZ ALONSO***
- Tema 266. **LA AUTONOMIA DEL PACIENTE SEGÚN LA LEY 41/2002.**
- ***MARGARITA SERRANO SUÁREZ, SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA , BEGOÑA GARCIA VELARDE***
- Tema 267. **LA DIABETES.**
- ***MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ, BELEN PEREDA DE LA FUENTE, JOSE ANGEL LANCO FERNANDEZ, VERONICA PULIDO LO0BERA***
- Tema 268. **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 269. **LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. SU INFLUENCIA EN LA ADOLESCENCIA.**
- ***Mª ANGELES MARTÍNEZ BESTEIRO, MARIA DEL PILAR RUÍZ ESPINA***
- Tema 270. **TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA Y BULIMIA.**
- ***MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ, INES RODRIGUEZ FERNANDEZ , AURISTELA ACEVEDO SUAREZ, ARACELI HUERTA FERNANDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

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

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 281. **PSICOSIS PUERPERAL.**
- ***ISABEL BERTAULT BENEDICTO, DIANA PASTOR TUÑÓN, MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ, SARA GARCIA NOVO***
- Tema 282. **ASBESTOSIS:PREVENCIÓN Y ENFERMEDAD.**
- ***MARIA PILAR LOBATO ALVAREZ, SARA GARCIA NOVO, DIANA TUÑON PASTOR, ISABEL BERTAULT BENEDICTO***
- Tema 283. **RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL MEDIO SANITARIO.**
- ***ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ, FÉLIX ALONSO FERNANDEZ***
- Tema 284. **BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO.**
- ***YOLANDA PUENTEDURA MARTIN, RUT MORILLAS IGLESIAS, ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO, SHEILA PRIETO LÓPEZ***
- Tema 285. **SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS**
- ***SANDRA RUIZ ESPEJO***
- Tema 286. **SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
- ***ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ, MÓNICA AMADO MENÉNDEZ, MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ, VERÓNICA NÚÑEZ ÁLVAREZ, LETICIA AMADO MENÉNDEZ***
- Tema 287. **SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. ¿PORQUE DEBEMOS PARTICIPAR?.**
- ***MARTA MATEOS MAZÓN, ESTEFANIA MARTINEZ GONZÁLEZ, LORENA MOLADA MONTAÑANA***
- Tema 288. **TIROIDITIS DE HASHIMOTO.**
- ***CAROLINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SANDRA SOTURA CARRERA, PATRICIA OTERO MENENDEZ, LLIBERTA LORANZO COLLAZO***
- Tema 289. **ÚLCERAS POR PRESIÓN.**
- ***INES RODRIGUEZ FERNANDEZ, AURISTELA ACEVEDO SUAREZ, ARACELI HUERTA FERNANDEZ, MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ***
- Tema 290. **LA ENFERMEDAD DE LAS VACAS LOCAS: NUEVAS APORTACIONES DIAGNÓSTICAS POR IMAGEN.**
- ***TANIA HIERRO TORNER, CYNTHIA VIDAL CAMEÁN***

TEMA 101. DISPEPSIA E INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI. A PROPÓSITO DE UN CASO.

- ISABEL LLAMAS BELLIDO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DESCRIPCIÓN DEL CASO:
  - ANTECEDENTES PERSONALES.
  - ENFERMEDAD ACTUAL.
  - EXPLORACIÓN FÍSICA.
  - PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
  - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL.
  - TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.
- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

La dispepsia se define como la presencia en hemiabdomen superior o retroesternal de dolor, molestia, ardor, náuseas, vómito o cualquier otro síntoma que se considere originado en el tracto gastrointestinal superior.

Supone un motivo de consulta común, tanto en consulta atención primaria como especializada. Presenta una alta frecuencia, estimándose una prevalencia del 39% según estudios recientes. Conlleva un importante consumo de recursos sanitarios y tiene un impacto importante sobre la calidad de vida y la productividad laboral.

Puede ser orgánica o funcional. Entre sus posibles etiologías se encuentra la úlcera péptica, enfermedad por reflujo gastroesofágico, consumo de fármacos (como antiinflamatorios no esteroideos), infección por Helicobarter pylori o neoplásicas entre otras.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

1. **Antecedentes personales**

Mujer de 47 años sin antecedentes familiares de interés ni hábitos tóxicos.

Entre sus antecedentes personales destaca lupus eritematoso sistémico con síndrome seco secundario y migraña con buena adherencia a seguimiento en consultas externas de Medicina Interna y Neurología.

Sin antecedentes quirúrgicos relevantes y actualmente en tratamiento con sulfato de hidroxicloroquina 200mg diarios, vitamina D, alprazolam y lorazepam 2 mg.

2. Enfermedad actual

La paciente refiere cuadro de 7 meses de duración de epigastralgia asociada a saciedad precoz y plenitud postprandial. Sin disfagia, regurgitaciones, síndrome constitucional ni febril así como ausencia de cambio en el hábito intestinal. Sin datos de alarma. Niega hábitos tóxicos así como consumo de gastrolesivos (antiinflamatorios, hierro….).

3. Exploración física

Normopeso, sin hallazgos patológicos en la exploración cardiopulmonar y abdominal.

4. Pruebas complementarias.

Analítica con hemograma, bioquímica y coagulación compatibles con la normalidad. TSH y anticuerpos anti transglutaminasa normales.

Endoscopia digestiva alta con biopsias duodenales sin hallazgos patológicos.
Ecografía abdominal con vesícula biliar alitiásica, compatible con la normalidad.
Determinación de antígeno en heces de Helicobacter pylori: Positivo.

5. Diagnóstico principal

Nos encontramos ante un caso de dispepsia investigada en paciente menor de 55 años sin datos de alarma con hallazgo de infección por H. pylori (dispepsia de causa orgánica).

6. Tratamiento y evolución

Tras comunicación de resultados se inicia terapia erradicadora con terapia cuádruple sin bismuto concomitante con posterior comprobación de erradicación, refiriendo la paciente franca mejoría encontrándose actualmente asintomática.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La infección por H. pylori afecta alrededor del 50% de la población mundial. Se ha demostrado su asociación con la úlcera gástrica y duodenal así como con el cáncer gástrico.

Tras el hallazgo de infección por H. pylori debe iniciarse tratamiento erradicador, siendo tratamiento de primera línea en nuestro medio la pauta cuádruple concomitante sin bismuto.

Igualmente, se ha demostrado en distintos estudios que la erradicación de H. pylori reduce tanto la incidencia de síntomas dispépticos a largo plazo (como en nuestro caso) como el número de consultas y los costes de tratamiento derivados.

BIBLIOGRAFÍA

- Gisbert J, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso-Coello P, Marzo M, et al. Clinical practice guideline on the management of patients with dyspepsia. Update 2012. Gastroenterol Hepatol. 2012;35(10): 725.e1-725.e38. doi: 10.1016/j.gastrohep.2012.05.002

- Gisbert JP, Molina-Infante J, Amador J, Bermejo F, Bujanda L, Calvet X, et al. IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori. Gastroenterol Hepatol. 2016;39(10):697-721. doi: 10.1016/j.gastrohep.2016.05.003

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
-

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. BIBLIOGRAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

La humanización de los cuidados es un gran referente en el ámbito de la salud. Es un concepto clave donde su esencia es el resultado de la unión de dos grandes vertientes, la vertiente holística y la profesional.

La enfermedad supone para el ser humano un proceso de inestabilidad emocional , física y social entre otras, donde el profesional sanitario comparte grandes momentos que suponen en ocasiones la esfera más íntima de los pacientes.

La importancia de prestar cuidados humanizados es muy significativa ya que para poder desarrollar un abordaje complejo y realizar cuidados de calidad es necesario un trato que va más allá del hacer del profesional.

INTRODUCCIÓN

Una figura fundamental dentro de este marco de humanización es el personal de enfermería y futuros profesionales de enfermería, que deben de conocer la necesidad de prestar cuidados humanizados, cuidados de calidad, pero con esa proxémica humanística característica del profesional sanitario.

Por todo lo anterior, me parece relevante realizar este proyecto de investigación con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos sobre humanización asistencial en estudiantes de enfermería de la facultad de enfermería de la UCLM.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos sobre humanización asistencial en estudiantes de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimientos en estudiantes de enfermería sobre las causas deshumanizantes en el ámbito de la salud.

- Describir el nivel de conocimientos en estudiantes de enfermería sobre las herramientas de humanización asistencial en el ámbito hospitalario.

3. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje.

Cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, formación previa a nivel legislativa-sanitaria etc…

ÁMBITO/ POBLACIÓN: Universidad De Castilla-La Mancha. Facultad De Enfermería de Albacete. La población total ascenderá a 100 participantes.

CRITERIOS DE INCLUSION/ EXCLUSIÓN: Estudiantes de enfermería que hayan superado íntegramente la totalidad de las materias teóricas de cuarto año correspondientes a la titulación de Grado de Enfermería. Quedarán excluidos Estudiantes que no deseen formar parte del estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS: La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación.

Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento para participar en el estudio.
Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación del Comité de Ética de Investigación del Área.

PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

- FASE PRIMARIA. Comprende el primer mes del inicio del estudio. Durante esta fase, se realizara la presentación del proyecto de investigación, en ella se tomará contacto con los participantes del estudio. El investigador principal trasmitirá la información al colectivo participante, es decir, estudiantes de enfermería de cuarto año universitario, indicando los objetivos del estudio y resolviendo las posibles cuestiones que se planteen acerca del mismo.

- FASE SECUNDARIA.-Su inicio corresponde al segundo mes del inicio del estudio hasta la finalización del tercer mes. En ella se administrará el cuaderno de recogida de datos, el cual estará complementado por una hoja anexa informativa en la que se detallara el objetivo del estudio, la importancia de su desarrollo (solventado las posibles cuestiones para su correcta realización). Por otro lado dicho, anexo informativo tiene un componente ético-legal en el que se advierte que el hecho de completar la encuesta implicará su consentimiento para participar en el estudio. Las entrega y recogida de dicho cuestionario será realizada por un enfermero que participe íntegramente en este proyecto durante la última semana lectiva en turno de mañana (en horario de 9:00 horas a 10:00horas) dentro del periodo previsto en esta fase hasta completar el total de los participantes.

- FASE TERCIARIA.- En ella, se llevará a cabo el análisis y publicación de los datos durante el cuarto mes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO I

Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS) versión 19 para Windows. El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO II

Se realizará también un análisis bivariante, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de $p<0,05$.

4. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, C. A. A. (2015). Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. Revista Colombiana de Bioética, 10(1), 38-64.

- Ceballos Vasquez, P. A. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y enfermería, 16(1), 31-35.

- Barbero López, V. M. (2014). Atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial.

- García Cabeza, M. E. (2014). Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas de Enfermería, 17(1), 70-74.

- Hernández, A. M. S., & Margarita, P. (2003). Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas. Cuadernos de bioética, 14, 39-60.

- Sanz García, P., Jurado García, M. C., & Fernández Serrano, M. M. (2009). La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial: hacia el plan de acogida y acompañamiento.

- Vasquez, P. A. C. (2010). Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Ciencia y enfermería, 16(1), 31-35.

TEMA 103. CONTENIDOS DE TRABAJO GRUPAL EN VIOLENCIA DE GÉNERO.

- **INMACULADA SANGIAO NOVIO**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES
3. CONCLUSIONES
4. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Las intervenciones en violencia de género trabajan desde un modelo con un formato psicoeducativo en el que además de proporcionar un trabajo de visibilización de la violencia, se realiza un trabajo para entender las respuestas y los síntomas asociados como reactivos a dicha situación, normalizar las expresiones y emociones como respuestas normales a situaciones anormales, tratar temas comunes de desigualdad, formación de identidades de género y su relación con la violencia de género, a la vez que se visibilizan los factores de génesis y mantenimiento, las estrategias empleadas en el maltrato y las consecuencias del miso tanto en la salud física como psicológica tanto para ellas como para sus hijos. También se centran en identificación de situaciones de violencia y prevención de relaciones violentas en el futuro a través de fomentar el autocuidado y la autoprotección.

Las propuestas de intervención en violencia de género se están centrando en las potencialidades de las mujeres con el fin de ayudarlas a que recuperen el control de sus vidas y las sitúen en posiciones de mayor autonomía, poder y confianza en sí mismas. Según la mayoría de las autoras en este campo, las intervenciones psicoterapéuticas en violencia de género se centran en los objetivos básicos de obtener seguridad de la mujer, el empoderamiento, la reducción de los síntomas y en retomar el control de sus vidas.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

Desigualdad de género. Taller de introducción sobre igualdad de género.
Reconstrucción de historias desde la mirada de la desigualdad.
Violencia de género. Proceso psicológico que vive la mujer. Identificación y tipos. Causas y consecuencias.
Amor romántico. Mitos y creencias que sustentan la violencia de género.
Otros factores de mantenimiento de la violencia de género y autoestima.
Intervención en aspectos cognitivos, emocionales y sociales. Abordando autoestima y autocuidado.
Decidiendo sobre la propia vida y elaboración de plan de vida. Vínculos afectivos y relaciones de buen trato. Duelos y elaboración de metas vitales.
Los hijos/as y las personas dependientes en la violencia de género.

3. CONCLUSIONES

Se abordan contenidos que tienen que ver con la construcción de la identidad femenina: autoestima, mandatos de género, relaciones afectivas, los cuidados, los duelos, las emociones, la sexualidad, salud, ocio y tiempo libre, y los obstáculos que se imponen al cambio en las mujeres.

4. BIBLIOGRAFÍA

Romero I, Álvarez R, Czalbowski S, Soria TN, Villota MT. Guía de intervención en casos de violencia de género. Editorial Síntesis; 2015.

Romero I. Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio". *Papeles del Psicólogo*. 2004; 25(88):19-25.

Romero I. Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento. *Intervención Psicosocial*. 2010; 19(2):191-199.

TEMA 104. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE CÁNCER Y CLAVES DIAGNÓSTICAS.

- ÁLVARO IGNACIO PADRÓN GONZÁLEZ
- CYNTHIA VIDAL CAMEÁN
- TANIA HIERRO TORNER

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA
- TUMORES MÁS FRECUENTES EN HOMBRES
- TUMORES MÁS FRECUENTES EN MUJERES
- TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A INFECCIONES
- TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A HÁBITOS
- TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A ALTERACIONES GENÉTICAS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Desde que Virchow estableciera hace más de 100 años los síntomas clásicos de la enfermedad neoplásica, se han utilizado como elementos cardinales en la sospecha de cáncer.

Hoy en día no son pocos los pacientes que acuden a los servicios médicos para confirmar o descartar la existencia de tumores, basados en una clínica sugestiva pero inespecífica.

Con este trabajo queremos realizar una aproximación sistemática destacando los hallazgos a considerar y los errores a evitar por los profesionales sanitarios.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia más frecuente en la infancia, correspondiendo a 32-35% del total de cánceres, con una incidencia anual de 2,5 a 3 casos por cada 100 000 niños menores de 15 años.

La leucemia linfoblástica aguda infantil (LLA) es un tipo de cáncer por el que la médula ósea produce demasiados linfocitos inmaduros (un tipo de glóbulo blanco).

La leucemia puede afectar los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA

En un niño con LLA, hay demasiadas células madre que se transforman en linfoblastos, linfocitos B o linfocitos T.

Las células no funcionan como los linfocitos normales y no logran combatir muy bien las infecciones.

Además, a medida que aumenta la cantidad de células de leucemia en la sangre y la médula ósea, hay menos lugar para los glóbulos blancos, los glóbulos rojos y las plaquetas sanas.

Esto puede producir infecciones, anemia y sangrados fáciles.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA

Los síntomas habitualmente comprenden:

-Fiebre.
-Hematomas o sangrados fáciles.
-Petequias (manchas planas, como puntitos de color rojo oscuro debajo de la piel producidos por un sangrado).
-Dolor de huesos o articulaciones.
-Masas que no duelen en el cuello, las axilas, el estómago o la ingle.
-Dolor o sensación de saciedad debajo de las costillas.
-Debilidad, sensación de cansancio o aspecto pálido.
-Pérdida de apetito.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA

El diagnóstico se establece mediante:

-Recuento sanguíneo completo (RSC) con diferencial.
-Estudios bioquímicos de la sangre.
-Aspiración de la médula ósea y biopsia.
-Análisis citogenético.
-Inmunofenotipificación.
-Punción lumbar.
-Radiografía del tórax.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- LINFOMA DE HODGKIN

El linfoma de Hodgkin es un cáncer del tejido linfático: este se encuentra en los ganglios linfáticos, el bazo, las amígdalas, el hígado, la médula ósea y otros órganos del sistema inmunitario.

El linfoma de Hodgkin clásico en edad pediátrica, es el segundo tipo de neoplasia más común.

En los niños, es más probable que el linfoma de Hodgkin ocurra entre los 15 y 19 años.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- LINFOMA DE HODGKIN

Algunos pacientes no presentan ningún síntoma, otros pueden tener uno o más de los siguientes:

-Ganglios linfáticos hinchados o inflamados en el cuello, la axila o la ingle.

-Tos inexplicable y falta de aliento si el cáncer afecta a los ganglios linfáticos del pecho.

-Cansancio o fatiga.

-Falta de apetito.

-Picores y erupción en la piel.

-Sudores nocturnos.

-Pérdida de peso.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- LINFOMA DE HODGKIN

Los linfomas de Hodgkin están causados por una mutación (una alteración en un gen) en el ADN de unos glóbulos blancos inmaduros llamados linfocitos B. Estas mutaciones no son hereditarias.

El riesgo también es mayor en aquellas personas que:

-Tengan inmunodeficiencias graves, como una inmunodeficiencia combinada grave (ICG), un problema inmunitario que hace que el niño no pueda combatir las infecciones.

-Tengan una infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- LINFOMA DE HODGKIN

El riesgo también es mayor en aquellas personas que:

-Se estén tratando con medicamentos inmunodepresores después de haberse sometido a un trasplante de órganos.

-Hayan tenido una infección por el virus Epstein-Barr (o mononucleosis).

TUMORES MÁS FRECUENTES EN LA EDAD PEDIÁTRICA

- LINFOMA DE HODGKIN

Una biopsia (extracción de un trozo de tejido para analizarlo) de ganglio linfático suele ser la primera prueba que se lleva a cabo para diagnosticarlo.

Así mismo, también se puede realizar:

-Análisis de sangre.
-Radiografía del tórax
-Tomografía computada (TC).
-Tomografía por emisión de positrones (TEP.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN HOMBRES

- ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

Este tipo de tumor se origina en las glándulas prostáticas y constituye el 98% de los cánceres de próstata.

Es el más frecuente en el varón: la segunda causa de muerte en el varón y la primera en edades superiores a los 60 años.

La incidencia y la prevalencia aumentan con la edad: el 27% de los varones de 40 años y el 60% de los mayores de 80 evidencian adenocarcinoma de próstata clínico o subclínico.

Su etiología se desconoce, pero es más frecuente en la raza negra.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN HOMBRES

- ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

La clínica incluye de forma habitual los siguientes síntomas:

-Micción frecuente.
-Flujo miccional débil o interrumpido, o necesidad de hacer fuerza para vaciar la vejiga.
-Urgencia de orinar frecuentemente por la noche.
-Sangre en la orina
-Sangre en el líquido seminal.
-Nueva aparición de disfunción eréctil.
-Dolor o ardor al orinar, que es mucho menos frecuente.
-Molestias o dolor al estar sentado, causadas por un aumento del tamaño de la próstata.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN HOMBRES

- ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA

El diagnóstico se basa en dos pruebas: el valor del PSA sérico y el tacto rectal.

Si el PSA sérico adquiere valores superiores a 4 ng/ml o el tacto rectal es anormal, es preciso realizar una biopsia de próstata por punción transrectal o perineal.

La confirmación histológica es requisito indispensable para el diagnóstico.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN MUJERES

- CARCINOMA DUCTAL DE MAMA

El carcinoma ductal invasivo (CDI), a veces denominado carcinoma ductal infiltrante, es el tipo más común de cáncer de mama: alrededor del 80 % de todos los casos de cáncer de mama son carcinomas ductales invasivos.

Su nombre hace referencia a que el cáncer ha atravesado la pared del conducto lácteo y ha comenzado a invadir los tejidos de la mama.

Con el tiempo, el carcinoma ductal invasivo puede propagarse hacia los ganglios linfáticos y posiblemente a otras áreas del cuerpo.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN MUJERES

- CARCINOMA DUCTAL DE MAMA

En algunos casos el primer indicio de cáncer de mama es un bulto o masa, aunque según la Asociación Americana del Cáncer, cualquiera de los siguientes cambios inusuales en la mama puede ser un indicio de cáncer de mama:

-Inflamación de la mama o parte de ella.
-Irritación cutánea o formación de hoyos.
-Dolor de mama.
-Dolor en el pezón o inversión del pezón.
-Enrojecimiento, descamación o engrosamiento del pezón o la piel de la mama.
-Una secreción del pezón que no sea leche.
-Un bulto en las axilas.

TUMORES MÁS FRECUENTES EN MUJERES

- CARCINOMA DUCTAL DE MAMA

El diagnóstico del carcinoma ductal invasivo generalmente incluye una combinación de procedimientos, entre ellos, una exploración física y estudios de diagnóstico por imágenes.

-Exploración física de las mamas.
-Mamografía.
-Ecografía.
-Resonancia magnética.
-Biopsia.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A INFECCIONES

- HEPATOCARCINOMA SECUNDARIO A INFECCIONES POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B O C

El carcinoma hepatocelular (HCC), el tipo más común de cáncer primitivo del hígado, es el quinto tumor más frecuente en el mundo, representa aproximadamente el 5,4% de todos los tumores malignos y la tercera causa de muerte.

La mayoría de los casos se localizan en países en desarrollo, y el 70-85% de todos los casos están relacionados etiológicamente con la infección crónica por el VHB y VHC.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A INFECCIONES

- HEPATOCARCINOMA SECUNDARIO A INFECCIONES POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B O C

El carcinoma hepatocelular (HCC), el tipo más común de cáncer primitivo del hígado, es el quinto tumor más frecuente en el mundo, representa aproximadamente el 5,4% de todos los tumores malignos y la tercera causa de muerte.

La mayoría de los casos se localizan en países en desarrollo, y el 70-85% de todos los casos están relacionados etiológicamente con la infección crónica por el VHB y VHC.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A INFECCIONES

- HEPATOCARCINOMA SECUNDARIO A INFECCIONES POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B O C

Los síntomas más frecuentes son:

-Dolor, especialmente en la parte superior derecha del área abdominal, cerca del omóplato derecho o en la espalda.

-Pérdida de peso sin razón aparente.

-Nódulo duro debajo de las costillas sobre el lado derecho del cuerpo que podría ser el tumor o un signo de que el hígado ha aumentado de tamaño.

-Debilidad o fatiga.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A INFECCIONES

- HEPATOCARCINOMA SECUNDARIO A INFECCIONES POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B O C

Numerosos estudios han demostrado que los programas de cribado basados en la realización de ecografía abdominal y determinación de alfafetoproteína cada 6 meses aumenta la supervivencia.

La ecografía abdominal realizada por personal experto, hoy día se considera la técnica de cribado más adecuada. Aporta una sensibilidad del 60-80% y una especificidad superior al 90% para el diagnóstico precoz.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A INFECCIONES

- HEPATOCARCINOMA SECUNDARIO A INFECCIONES POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B O C

Numerosos estudios han demostrado que los programas de cribado basados en la realización de ecografía abdominal y determinación de alfafetoproteína cada 6 meses aumenta la supervivencia.

La ecografía abdominal realizada por personal experto, hoy día se considera la técnica de cribado más adecuada. Aporta una sensibilidad del 60-80% y una especificidad superior al 90% para el diagnóstico precoz.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A HÁBITOS

- CÁNCER DE PULMÓN ASOCIADO AL TABACO

El cáncer de pulmón es uno de los cánceres más comunes en el mundo y el fumar cigarrillos causa la mayoría de los cánceres de pulmón.

A mayor cantidad de cigarrillos diarios que fume y cuanto más joven se comienza a fumar, mayor será el riesgo de desarrollar un cáncer de pulmón.

Carcinoma escamoso o epidermoide es la variedad de cáncer broncopulmonar más frecuente en nuestro país, representando el 40% de los carcinomas no microcíticos.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A HÁBITOS

- CÁNCER DE PULMÓN ASOCIADO AL TABACO

Los síntomas comunes del cáncer de pulmón incluyen:

-Una tos que no desaparece y empeora con el tiempo.
-Dolor constante en el pecho.
-Tos con expectoración con sangre.
-Falta de aire, silbidos al respirar o ronquera.
-Problemas repetidos por neumonía o bronquitis.
-Inflamación del cuello y la cara.
-Pérdida del apetito o pérdida de peso.
-Fatiga.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A HÁBITOS

- CÁNCER DE PULMÓN ASOCIADO AL TABACO

Para diagnosticarlo, es frecuente que se realicen los siguientes estudios:

-Pruebas de diagnóstico por imágenes.
-Citología de esputo.
-Muestra de tejido (biopsia).

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A HÁBITOS

- CÁNCER DE PULMÓN ASOCIADO AL TABACO

Para diagnosticarlo, es frecuente que se realicen los siguientes estudios:

-Pruebas de diagnóstico por imágenes.
-Broncoscopia.
-Citología de esputo.
-Muestra de tejido (biopsia).

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A ALTERACIONES GENÉTICAS

- POLIPOSIS COLÓNICA FAMILIAR

La poliposis adenomatosa familiar es una enfermedad genética poco frecuente caracterizada por la presencia de más de 100 pólipos en el colon y el recto, y que comúnmente se asocia a toda una serie de manifestaciones clínicas extracolónicas.

Esta enfermedad hereditaria, habitualmente con patrón autosómico dominante, evoluciona sin tratamiento a cáncer colorrectal.

El manejo de esta enfermedad debe iniciarse con un consejo genético para informar del tipo de patología, de la mejor terapéutica y del seguimiento necesario de ella.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A ALTERACIONES GENÉTICAS

- POLIPOSIS COLÓNICA FAMILIAR

La manifestación más prominente de la PAF es la aparición de múltiples pólipos adenomatosos en el colon y el recto, de manera que ante la sospecha clínica de esta enfermedad hay que efectuar una endoscopia digestiva baja.

Durante años la clínica puede ser silente, y suele consistir en deposiciones más blandas, a veces diarreicas y, ocasionalmente, dolor abdominal tipo cólico, sin que se afecte el estado general del paciente.

La aparición de rectorragia suele ser un signo de alarma para los pacientes.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A ALTERACIONES GENÉTICAS

- POLIPOSIS COLÓNICA FAMILIAR

Se considera que más del 90% de las familias afectadas de PAF «clásica» presentan mutaciones en el gen APC en la línea germinal 7.

Es muy importante entender que la identificación de dicha mutación en el gen APC permite confirmar el diagnostico.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A ALTERACIONES GENÉTICAS

- SÍNDROME DE LYNCH

El síndrome de Lynch o cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis, es una condición hereditaria que incrementa la probabilidad de presentar cáncer de colon y cáncer de recto y en menor medida cáncer de endometrio, ovario, estómago, riñones, hígado y cerebro.

Dicha predisposición al cáncer colorectal se debe a mutaciones germinales en los genes MSH2, MLH1, MSH6 y hPMS2.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A ALTERACIONES GENÉTICAS

- SÍNDROME DE LYNCH

Nos pondrá sobre la sospecha de este tumor:

-Varios familiares con tumores asociados al síndrome de Lynch, entre ellos cáncer colorrectal.

-Familiares a los que se les diagnosticó cáncer a edades menores que el promedio para ese tipo de cáncer.

-Más de una generación familiar afectada por un tipo de cáncer.

TUMORES MÁS FRECUENTES ASOCIADOS A ALTERACIONES GENÉTICAS

- SÍNDROME DE LYNCH

El examen de tumores puede revelar si el cáncer fue causado por los genes relacionados con el síndrome de Lynch.

-Examen de inmunohistoquímica.
-Examen de inestabilidad de microsatélites.
-Análisis genéticos.

CONCLUSIONES

El conocimiento de la epidemiología del cáncer, los factores de riesgo y las enfermedades asociadas a su desarrollo, así como las neoplasias hereditarias pueden ser de gran ayuda a la hora de enfrentarse a la sospecha de tumor.

BIBLIOGRAFÍA

- Campbell B M, Ferreiro C. M, Tordecilla C. J, Joannon S. P, Rizzardini L. C, Rodríguez Z. N. Leucemia linfoblástica aguda. Características al diagnóstico en 100 niños. Rev. chil. pediatr. 1999 Jul; 70(4): 288-293.
- Calderón N JM, Febles Gu. Actualidad para el diagnóstico del carcinoma ductal in situ: correlación radiopatológica. Horiz. Med. 2017 Ene; 17(1): 57-65.
- Solís-Herruzo J. A., Solís-Muñoz P.. Virus de la hepatitis y carcinoma hepatocelular. An. Med. Interna (Madrid). 2005 Abr; 22(4): 5-9.
- Amorín Kajatt E. Cáncer de pulmón, una revisión sobre el conocimiento actual, métodos diagnósticos y perspectivas terapéuticas. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2013 Ene; 30(1): 85-92.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso M. A., Castiella A., Cosme A.. Poliposis adenomatosa familiar del colon: Presentación de un caso de variante atenuada. Medifam . 2002 Nov; 12(9): 113-116.
- Castro-Mujica María del Carmen, Barletta-Carrillo Claudia. Síndrome de Lynch: aspectos genéticos, clínicos y diagnósticos. Rev. gastroenterol. Perú . 2018 Jul; 38(3): 265-279.

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

INDICE

1. Introducción
2. Objetivos
3. Metodología
4. Resultados
5. Observaciones y precauciones
6. Conclusiones
7. Bibliografía

INTRODUCCION

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada(ERCA)supone un estrés vital que altera la vida del paciente y la de sus familiares . Por lo tanto, resulta necesario que los profesionales sanitarios trabajen de manera global teniendo en cuenta los aspectos no únicamente físicos sino también psicológicos o emocionales, sociales y espirituales del paciente.

Dicha nueva situación provoca que en muchas ocasiones aparezcan trastornos emocionales(estrés, ansiedad y depresión) o alteraciones emocionales (cambios de humor, deterioro de las relaciones, negatividad, alteraciones del sueño, alteraciones a nivel sexual, inseguridad e incertidumbre ante el futuro…etc.).

La entrada en diálisis es crucial en estos pacientes, y el impacto emocional depende de la valoración que cada uno haga sobre su situación y de las herramientas con las que cuenta para afrontarla.

Los pacientes en tratamiento renal sustitutivo cuentan con diversos factores que provocan en ellos una situación psicológica compleja. Dichos factores, como son la restricción hídrica, el control de la dieta, la dependencia a la maquina, el transporte sanitario y el tratamiento farmacológico entre otros, producen grandes pérdidas de autonomía y la pérdida de condición de persona “sana”. Al igual que toda pérdida requieren pasar por un duelo, en muchas ocasiones asociado a la depresión, ansiedad y sentimientos de tristeza.

Por ello resulta indispensable la actuación de los profesionales sobre los aspectos psicosociales, pudiendo mejorar la adaptación del paciente y su familia a su nueva vida y pudiendo de la misma manera reducir elementos estresores que pudieran obstaculizar dicha adaptación.

Se debe prestar atención especial igualmente al cuidador principal del paciente, ya que para dicho sujeto la nueva situación de salud le influye de manera muy directa y provoca multitud de cambios a distintos niveles; roles familiares, organización en su domicilio, cambios laborales…etc.

El apoyo social que los profesionales sanitarios deben brindar a los cuidadores principales es crucial, para así evitar muchos de los problemas que se pudieran derivar como son:

- La sobrecarga.
- Frustraciones.
- Estados emocionales negativos.
- Aislamiento social.
- Desgaste físico y emocional.

El apoyo social puede modificar la experiencia del cuidado y contribuir entonces al bienestar del cuidador, ya que el inicio del paciente en tratamiento renal sustitutivo provoca un gran impacto tanto en él como en sus familiares sin duda alguna.

OBJETIVOS

1. Identificar aquellos aspectos que para el paciente supongan una amenaza para su estabilidad psicosocial y actuar frente a ellos.
2. Favorecer la adaptación del paciente y familia a su nueva situación de salud, procurando reducir el estrés que ello puede provocar.
3. Valorar la necesidad de derivar al paciente a otros profesionales (psicólogos, trabajadores sociales).
4. Orientar a los profesionales sanitarios en su actuación frente a problemas psicosociales que puedan surgir.

ABORDAJE DEL PACIENTE CON ERCA

Pautas a seguir por los profesionales sanitarios para un buen abordaje de la esfera psicosocial de dichos pacientes:

1. Acomodar al paciente en un ambiente agradable, tranquilo, evitando interrupciones.
2. Verificar su identidad y asegurar la intimidad del paciente.
3. Comprobar la capacidad de comprensión del paciente.
4. Valorar el impacto que la nueva situación de salud ha tenido en su vida.
5. Ayudar al paciente a que valore objetivamente su estado.
6. Ayudar al paciente a ser dueño de su propio proceso de cambio o de resolución de problemas.

7. Animar al paciente a reconocer y expresar sentimientos y emociones.
8. Escuchar y apoyar activamente en las distintas fases del proceso, de manera empática.
9. Valorar si existen barreras para el afrontamiento de la enfermedad.
10. Evaluar los recursos de los que dispone el paciente para su adaptación.
11. Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas.
12. Orientar al paciente en la toma de decisiones.
13. Remitir a otros profesionales, si lo viera necesario.
14. Registrar las actividades realizadas.

RESULTADOS

Llevando a cabo las pautas citadas se conseguirán en cierta medida estos resultados:

- Se establece una relación de confianza con el personal sanitario que le atiende.
- El paciente y la familia se sienten involucrados en la toma de decisiones(tipo de tratamiento renal sustitutivo…etc.).
- El paciente se siente valorado, escuchado, ayudado y acompañado por el personal sanitario, a través de una comunicación clara, directa y sincera.
- El paciente percibe estar acompañado a la hora de manifestar sus emociones intensas (miedo,ira,tristeza,culpa).
- El paciente controlara su autoestima frente a las perdidas percibidas: perdida de diuresis, dependencia de terceros, cambios laborales, imagen corporal…
- Tendrá la capacidad de identificar sus necesidades emocionales.
- Mantendrá una actitud de esperanza realista para así poder manejar mejor los sentimientos de impotencia.

OBSERVACIONES Y PRECAUCIONES

Se debe prestar especial atención ante:

- Dificultad para asumir nuevos roles o afrontamiento familiar ineficaz.
- Afrontamiento individual ineficaz.
- Alexitimia: no siempre se van a encontrar pacientes que se muestran más angustiados o tristes, sino también algunos de ellos presentaran una apariencia más indiferente o impasible.
- Baja autoestima relacinada con sentimientos de culpa e impotencia.
- Alteración de los patrones de sexualidad.
- Aislamiento social.
- Alteración en el patrón del sueño.

CONCLUSIONES

Es evidente la importancia que tiene brindar a los pacientes con ERCA una atención individualizada de calidad, sin olvidar la salud emocional y el papel que los profesionales sanitarios juegan en cuanto a sus emociones.

Para reducir el "estrés" de los pacientes que inician Tratamiento Renal Sustitutivo, es necesario proporcionarles las herramientas necesarias para hacer frente a esta nueva situación que va a condicionar una serie de cambios tanto en su salud física y psicológica, como en diversos aspectos de la esfera social.

La información que ofrezcamos a nuestros pacientes debe ser continua e individualizada, satisfaciendo sus necesidades planteadas desde el aspecto económico y laboral, cambios en los roles familiares, relación de pareja, autocuidado o actividades de ocio y tiempo libre que potencien sus relaciones sociales, causando un efecto positivo a nivel físico y mental.

Definitivamente, de estos conocimientos va a depender que la calidad de vida de nuestros pacientes se vea afectada en la menor medida posible.

La atención psicosocial debería de estar integrada en las unidades de diálisis dada la alta incidencia de ansiedad y depresión que según varios estudios sufren los pacientes en tratamiento renal sustitutivo.

Los profesionales que les atienden deben involucrarse en el cuidado de dichos aspectos y deben detectar estados de animo frágiles, para así poder buscar las soluciones precisas.

Es por todo esto, por lo que hay que considerar a todos los pacientes en riesgo de padecer alteraciones psicosociales, puesto que son pacientes crónicos y ello implica una larga evolución y diferentes complicaciones que pueden surgir en torno a su enfermedad de base y enfermedades concomitantes.

Por ultimo, se debe prestar atención a los familiares y cuidadores del paciente, sin olvidar el efecto colateral que sufren debido a la enfermedad renal de su ser querido.

BIBLIOGRAFIA

- Crespo Montero R, Casas Cuesta R. Procedimientos y protocolos con competencias especificas para enfermería nefrológica. Primera edición, Madrid, octubre 2013.
- Martínez Rodríguez L, Fernández Castillo E, González Martínez E, Vázquez Morales HL. Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodialisis.SEDEN.2019; Nº 2, Volumen 22, 2 Trimestre.
- Salas Muñoz RM,Fernández Jiménez AJ. Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión. SEDEN. 2019; Nº 2, Volumen 22, 2 Trimestre.
- Gómez Villaseca L, Pac Gracía N, Manresa Traguany M, Lozano Ramírez S, Chevarria Montesinos JL. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis.SEDEN.2015; Nº 2, Volumen 18, 2 Trimestre.

TEMA 106. DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO
UN PROBLEMA SOCIAL.

MÓNICA GONZÁLEZ GONZÁLEZ

ÍNDICE

1-CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO.
2-TIPOS DE DESNUTRICIÓN
3-PREVALENCIA SEGÚN NIVEL ASISTENCIAL
4-FACTORES DE RIESGO
5-ALIMENTACION BÁSICA ADAPTADA
6-VALORACION NUTRICIÓNAL Y OBJETIVOS

1-CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

Al envejecer el cuerpo experimenta una serie de cambios que afecta a todos los organos.

Alteración de organos sensoriales:

*Disminucion del olfato

*Disminucion del gusto

*Disminucion de la salivacion

Alteración de la deglución, masticación y motilidad gastrointestinal.

Por ello es necesario hacer una valoración para saber cuales son las necesidades de estos ancianos para poder evitar la desnutrición.

2-TIPOS DE DESNUTRICIÓN

La desnutrición es una enfermedad provocada por un déficit de nutrientes,que tiene como consecuencia la aparición de alteraciones en el crecimiento, desarrollo y mantenimiento de la salud.

Tipos de desnutrición:

-Calórica: las enfermedades cronicas que afectan negativamente a la ingesta,caquexia con perdida muscular,es de desarrollo gradual

- Proteica: inicio y desarrollo rápidos produciendose una disminucion de los depósitos de proteína visceral produce edemas.

- Mixta:previamente hay una desnutrición calórica y se sufre un proceso agudo provacando asi una desnutrición calórico-proteica

3-PREVALENCIA SEGÚN NIVEL ASISTENCIAL

Prevalencia de desnutrición en el anciano según el nivel asistencial:

- Anciano sano en residencia pública 2%
- Anciano en su domicilio 5-8%
- Anciano enfermo institucionalizado 50%
- Anciano en hospital por patología medica 44%
- Anciano en hospital por patología quirúrgica 65%

Algunos farmacos son responsables de ello produciendo:
Anorexia,malabsorcion,diarrea,interaccion con nutrientes,boca seca,nauseas, disfagia ,somnolencia.

4- Factores de riesgo:

*Edad>80 años
*Vivir solo
*Viudo/a hace menos de un año
*Cambio reciente de domicilio
*Patologías como:epoc,diabetes,icc, parkinson acva,artrosis.
*Deterioro cognitivo
*Polifarmacia
*Ingreso hospitalario en el último año
*Necesidad de atencion sanitaria al menos una vez al mes
*Mala situación económica

5-ALIMENTACION BÁSICA ADAPTADA

Alimentacion basica adaptada a las necesidades de los ancianos es importante conservar el aspecto ,que sea de facil masticación y deglución,sencillo de preparar,con alta densidad nutriciónal.

Alimentos de textura modificada como papillas de cereales ,compotas de fruta, purés de verduras y carne o pescado.

Espesantes y bebidas de textura modificada que evitaran el atragantamiento haciendo que los líquidos aumenten la consistencia sin alterar el sabor tanto en frio como en caliente.

Dietas completas de textura adaptada hiperproteicas,normoproteicas,dulces ,saladas,ect

Nutrientes en forma de complemento para enriquecer la dieta de forma controlada.

6-VALORACION NUTRICIÓNAL Y OBJETIVOS

Hay que tener presente que el diagnóstico de desnutrición no puede basarse en un único dato sino en la síntesis de la información obtenida a partir de diferentes pruebas se deben de incluir datos de la historia clínica, parámetros antropométricos y determinaciones bioquimicas que aportarán información para realizar valoración nutriciónal.

También se hará una evaluación en el contexto social del paciente sobre la soledad,grado de autonomia, disponibilidad de alimentos y una historia dietética para valorar la disminucion de la ingesta,anorexia, disgeusia, disfagia.

Así se podrá hacer una estimación de la alimentación que tiene el anciano.

BIBLIOGRAFÍA

1- Ramos Martínez A,Asensio Vegas A,Núñez Palomo S.Millan l.Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. An. Med. Interna (Madrid)2004:263.8

2-Nestle Nutricion Institute

3-Manual Básico de nutrición clínica y dietética Hosp.Clinico Universitario de Valencia 2000

TEMA 107. EL POPULAR SÍNDROME DE DIÓGENES.

- SABELA PARDO DÍAZ
- XABIER AMEZTOY ECHENIQUE
- LEYRE REMÍREZ SIMÓN

ÍNDICE

- RESUMEN
- ABSTRACT
- ENFOQUE INDIVIDUAL
- ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO
- ENFOQUE SOCIAL SANITARIO
- JUICIO CLÍNICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN
- DISCUSIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

El Síndrome de Diógenes es un trastorno de acumulación que se asocia mayoritariamente a adultos mayores, que viven solos, con escaso o nulo apoyo familiar y social. Estas personas generalmente presentan algún trastorno psiquiátrico y no tienen conciencia de la enfermedad. Es una enfermedad que necesita un abordaje interdisciplinario.

PALABRAS CLAVE:

Síndrome de Diógenes, anciano frágil, acumulación patológica, auto- negligencia

ENFOQUE INDIVIDUAL

Hombre de 72 años con enfermedad física que presenta dificultades que afectan levemente al desarrollo de su vida cotidiana. Tiene hipoacusia. Está jubilado. Paciente sin antecedentes psiquiátricos ni descompensaciones psicopatológicas identificadas.

Anciano en situación de fragilidad, con signos de desnutrición y déficit de autocuidado.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

La familia es de tipo monoparental, sin parientes próximo. Eran 7 hermano/as, tres ya fallecidos. Los otros 2 hermanos de edad avanzada residen a km de distancia. Mal apoyo familiar y social. Tiene una sobrina paterna de mediana edad que mantiene contacto telefónico puntual. Inadecuada red sociocomunitaria. Convive con su hermana de 86 años y es su cuidadora principal, esta con buen nivel de autovalimiento y buen estado de salud.

DIAGNÓSTICO SOCIAL SANITARIO

Convive con su hermana en una vivienda con condiciones de insalubridad. La vivienda presenta condiciones de habitabilidad con gran deterioro, incumpliendo la mayoría de condiciones. Presenta falta de equipamientos básicos, sin suministro de agua, electricidad y calefacción. Se trata de una casa de cuatro plantas, 16 camas, 9 dormitorios, construida en el año 1749. Hasta el año 2010 se gestionaba como casa rural, concertando con el Gobierno de la comunidad la temporada “escolar de esquí”. Hasta entonces la fuente de ingresos permitía cubrir los gastos de la casa y otros, pero desde el año 2010 dicha fuente de ingresos se extinguió. Desde entonces la economía de estos hermanos ha ido deteriorándose.

Con el frío se deterioraron las cañerías, apareciendo una fuga de agua en la planta baja todavía sin arreglar hasta el día de hoy, con agua corriente cortada y periódicos en el suelo para absorber el agua. La vivienda presenta gran humedad. Electrodomésticos básicos como la lavadora están estropeados. Cocina está inutilizable y la limpieza de la casa es muy precaria. La casa es oscura, húmeda, maloliente, mugrienta y repleta de desperdicios, enseres deteriorados y objetos apilados por doquier.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Paciente que acude poco al centro de Salud, con abandono de su higiene personal y comportamiento huraño, que tras aviso a domicilio tras caída accidental se realiza la detección de problemas. Aunque la clínica del sujeto es estable, al valorar lo complejo de su entorno se activa la ruta de paciente frágil y se decide su ingreso en hospital. Desde aquí se habla del caso con la familia y trabajadora social, con el fin de tomar decisiones para cambiar dicha situación en su domicilio, ya que tras la valoración del paciente se orienta el caso hacia un Síndrome de Diógenes y se coordina una intervención multidisciplinaria desde Atención Primaria para el manejo de la patología aguda y necesaria reubicación del paciente en un entorno favorable.

PLAN DE ACCIÓN Y EVOLUCIÓN

Una vez corregidos signos de desnutrición y déficit de autocuidado y dada la estabilidad clínica, analítica y funcional, en el propio hospital se realiza la concienciación sobre la necesidad de ayuda y orientación de recursos de apoyo. Se procede el alta hospitalaria con negación por parte del paciente a la reubicación en una institución social.

Actualmente, el paciente continúa viviendo en su residencia habitual junto con su hermana.

Desde Atención Primaria se realiza un seguimiento crónico, visitas domiciliarias y trabajo coordinado con los servicios sanitarios y sociales.

DISCUSIÓN

El Síndrome de Diógenes es un trastorno complejo donde las personas que lo padecen acumulan gran cantidad de pertenencias u posesiones, generalmente desperdicios en su hogar. A la larga la conducta acumulativa de estas personas provoca que los objetos recolectados ocupen una gran parte del domicilio del individuo, organizándose de forma desordenada y expansiva a lo largo de toda la vivienda, limitando así la funcionalidad del hogar. El desorden y la falta de limpieza debida a la acumulación causa graves problemas de higiene que pueden llegar a comprometer la salud del individuo.

La conducta acumulativa se caracteriza por: conducta de aislamiento voluntario con ruptura de relaciones sociales

Conducta de autonegligencia, con abandono de la higiene personal así como de la alimentación y de la salud (estados nutricionales deficientes y/o enfermedades somáticas relevantes). Tendencia a acumular, de forma compulsiva, grandes cantidades de basura en su domicilio, viviendo voluntariamente en condiciones de pobreza

La mayoría de los casos se presentan en edad senil, no presentando trastornos psiquiátricos mayores. Rechazo de todo tipo de ayuda y se resisten a ser sacados de su domicilio. No muestran interés en cambiar de vida o de conducta, con tendencia a volver a su forma de vida cuando son dados de alta de una institución sanitaria y/o social.

La etiología de este síndrome no está claramente definida, ya que son múltiples causas que pueden desarrollarlo. Algunos autores indican interrelación de varios factores predisponentes de la enfermedad como ciertos rasgos de personalidad. Otros, señalan factores estresantes de la edad tardía, como dificultades económicas, la viudedad, la jubilación, la pérdida de estatus,..También se destaca la situación de soledad como desencadenante, la mayoría de las personas afectadas viven solas y sin compañía alguna.

Los sujetos con Síndrome de Diógenes presentan viviendas en situación de abandono absoluto, suciedad extrema, deficiencias de habitabilidad, deterioro y carencia de servicios

El abordaje en este tipo de patologías debe ser mediante coordinación multisectorial de diferentes estamentos, incluyendo la propia familia del paciente, los servicios sanitarios, los servicios sociales, las instituciones jurídicas,..etc.siempre haciendo una valoración integral determinando su nivel de gravedad y/o riesgo.

Una actuación de carácter preventivo debería ser la base para el afrontamiento en estos casos, estableciéndose sistemas de detección de casos de riesgo, con el objetivo de establecer las medidas socio-sanitarias preventivas que mejoren tanto la esperanza de vida como la calidad de las personas mayores, más si cabe cuando se encuentran en situación de soledad.

CONCLUSIONES

El Síndrome de Diógenes es un trastorno de conducta con graves consecuencias que afecta principalmente a ancianos solitarios.

Resulta muy difícil poder ayudar a este tipo de pacientes ya que son ellos los que evitan todo tipo de atención. Los pacientes no tienen conciencia de enfermedad y se niegan a recibir tratamiento. De ahí, la importancia de la sensibilización social ante este tipo de problema. Si no existe un riesgo para la salud pública o un trastorno mental con negativa de tratamiento, no se puede solicitar el ingreso voluntario con autorización Judicial urgente en una unidad de Psiquiatría o Geriatría si fuera necesario.

Desde el equipo de Atención Primaria, el tratamiento va dirigido a tratar las posibles complicaciones derivadas del mal estado nutricional e higiénico. La intervención más temprana debe ser por parte del Trabajador Social para poder solicitar las ayudas pertinentes de desalojo de la basura acumulada y poder realizar un estudio social o económico para hacer un seguimiento comunitario o institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez, I., Prieto, F. (2008). Formas clínicas del síndrome de Diógenes. A propósito de tres casos. Psiquiatría Biológica, 15 (3), 97-9.
- Saiz, D., Lozano García, M., Burguillo, F., Botillo, C. (2003). El síndrome de Diógenes: a propósito de dos casos. Psiquiatría.com, 7(5).
- Frost RO, Hart TL. A cognitive. Behavioral model of compulsive hoarding. Behav Res Ther. 1996;34:341-50
- De la Gándara, JJ "Los ancianos solitarios: el llamado Síndrome de Diógenes". An. Psiquaitría 8 (1): 21-26 (1992)
- Izal M., Montorio I.; "Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación" Ed. Síntesis.

TEMA 108. ENFERMEDAD DE PARKINSON.

- ESTHER RODRIGUEZ CASTELLANOS

ÍNDICE

. DEFINICIÓN

. CLÍNICA

. EVOLUCIÓN

. DIAGNÓSTICO

. TRATAMIENTO

. REHABILITACIÓN

DEFINICIÓN

- Trastorno crónico y progresivo del sistema nervioso central, caracterizado por temblor, rigidez muscular y acinesia.
- Es la cuarta en frecuencia de los trastornos neurológicos, después de la epilepsia, accidente cerebrovascular y la demencia.
- Su aparición se halla vinculada a la edad, ya que raramente se da antes de los 40 años. Su máxima incidencia es a los 70 - 80 años. Afecta preferentemente al varón.
- Su Etiología es desconocida, pero en todos existe una disminución de neuronas de la sustancia negra

CLÍNICA

Se inicia de forma insidiosa con temblor o acinesia de un miembro, que se extenderá al otro miembro del mismo lado.

Tiene tendencia a mantenerse unilateral durante mucho tiempo….años…para pasar al lado contrario.

*TEMBLOR

Durante mucho tiempo, es de reposo y desaparece al realizar cualquier movimiento.

Es de frecuencia baja(4/5 segundos) y regular. Con el tiempo se hace continuo.

Afecta sobre todo a las partes distales de los miembros, donde es muy típico el movimiento de los dedos pulgar e índice(“contar monedas”, “fabricar píldoras”),además de la flexión y extensión de la muñeca.

Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo: cabeza ,mandíbula, labios o lengua.

Aumenta con el cansancio, frio, emociones, stress y desaparece durante el sueño.

*AUMENTO DEL TONO MUSCULAR: RIGIDEZ

Es evidente al movilizar una articulación y afecta a los músculos proximales como distales y a los músculos flexores como extensores. No se modifica con el sueño ni con las emociones.

*ALTERACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS

- Le cuesta iniciar los movimientos (Acinesia).
- Una vez iniciado, el movimiento lo hace lentamente (Bardicinesia)
- Tiene dificultad para alcanzar los objetos(Hipocinesia).
- Facies: carece de expresión(“facies de máscara”), disminuye el parpadeo, mantiene los ojos abiertos e inalterables, disminuye la deglución de la saliva por lo que es frecuente que caiga por la comisura.

- Marcha:

+Dificultad para iniciarla y para girar.

+Desaparece el balanceo de los brazos, penden flexionados y rígidos.

+Aparece inclinado y encorvado hacia delante, con flexión de piernas y caderas.

+Anda a pasos cortos, lentos y arrastrando los pies.

+Al andar pude quedarse parado, “ congelado”, siendo incapaz de ponerse de nuevo en movimiento. Ocurre al encontrarse con obstáculos: borde de la alfombra, pasar por una puerta…etc.

+Cuando se le empuja puede caer hacia delante (propulsión) o hacia atrás (retropulsión).

- Escritura: Achica cada vez más la letra a medida que va escribiendo, hasta que es incomprensible(micrografía). si se le manda dibujar espirales, las dibuja temblorosas y mal formadas.

- Lenguaje: Habla sin articular bien y con tono monótono.

- ANOMALIAS POSTURALES: adoptan una actitud típicamente encorvada. Deja caer la cabeza hacia delante, apoyando la barbilla sobre el pecho y el cuerpo también se inclina hacia delante, en parte por la asociación de cifosis.

- SINTOMAS VEGETATIVOS
    - Aumento de la secreción sebácea.
    - Estreñimiento.
    - Dificultad para la micción.

- TRASTORNOS PSIQUICOS
  Hiperemotividad, labilidad emocional, pensamiento lento, mayor tendencia a la depresión.

EVOLUCIÓN

Es progresiva, pero con curso muy variable, aunque en la mayoría de los casos la invalidez va a tardar en aparecer unos 15 – 20 años. El final va a ser confinamiento en la cama y la muerte suele producirse por una infección respiratoria, urinaria o sepsis.

DIAGNÓSTICO

- Se diagnostica con la exploración clínica por parte del Neurólogo. No existen análisis de sangre, ,arcadores de laboratorio ni pruebas de neuroimagen que lo confirmen.

- Existen escalas que cuantifican frecuencia, intensidad de afectación por la enfermedad para establecer la evolución de los síntomas y ver si el tratamiento funciona. Las más utilizadas son escala de Hoehn y Yahr, escala de la vida diaria de Schwab y England. Así como pruebas complementarias para descartar enfermedades que cursan también con trastornos del movimiento tipo Datscan, Pet, Tac, Resonancia magnética….

TRATAMIENTO

Es una enfermedad que no cura, por lo que el tratamiento va a ser sintomático y profiláctico de incapacidades y de por vida.

Medicamentoso: Si los síntomas limitan la actividad puede iniciarse el tratamiento médico. Los Síntomas se producen por la ruptura del equilibrio entre dos neurotransmisores: Dopamina y Acetilcoina.

El objetivo es restituir este equilibrio mediante medicamentos anticolinergicos que aumentan la actividad dopaminergica o ambos.

Fármacos anticolinérgicos: Son útiles para remitir el temblor. Producen efectos secundarios: sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, alteraciones mentales: confusión, alucinaciones. No suprimirlos bruscamente porque aparecerá un aumento de los síntomas.

Fármacos con acción Dopaminérgica: (Sinemet, Madopar). Como la dopamina no atraviesa la barrera hematoencefálica debe administrarse su precursor, que si lo hace, levodopa, que suele darse asociado a un compuesto que impide su metabolismo fuera del cerebro. Es el medicamento de elección y actúa sobre todo la bradicinesia

REHABILITACION

Debe iniciarse desde el comienzo de la enfermedad, y así, evitaremos complicaciones secundarias(retracciones) y mantener así la independencia.

Evitación de retracciones: mediante movilizaciones pasivas y activas y ejercicios de potenciación muscular.

Mantener la independencia: Mediante ejercicios en la cama (se les enseña a levantarse controlando su centro de gravedad….como moverse…etc

Debe mantenerse durante toda la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberca R, Lopez Pousa S. Enfermedad de Alheimer y otras demencias. Madrid: Ed. Panamericana 2002

- Fernandez Ballesteros R. Gerontología social. Madrid. Ed: Piramide 2005

- Donoso a. La enfermedad de Alzheimer y otras demencias Santiago de chile. Ed: Universitaria 2001
- Izal m, Montorio I. Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid: Ed : Síntesis 1999

TEMA 109. ERGONOMÍA AMBIENTAL.

- **FERNANDO CARBALLO COYA**
- **SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA**

ÍNDICE

- SALUD AMBIENTAL
- ERGONOMÁ AMBIENTAL
- PRINCIPALES CAMPOS DE ACTUACIÓN DE LA ERGONOMÍA AMBIENTAL
- BIBLIOGRAFÍA

SALUD AMBIENTAL

La salud ambiental según la OMS es aquella disciplina que comprende los aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida y el bienestar social, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales.
También se refiere a la teoría y práctica de evaluar, corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el medio ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones.
La Medicina Ambiental es una rama de la salud ambiental que establece el efecto sobre la salud humana de los factores físicos, químicos, biológicos, psicosociales, ergonómicos y de seguridad.

ERGONOMÍA AMBIENTAL

La Ergonomía Ambiental es la rama de la ergonomía que estudia los factores ambientales, generalmente físicos, que constituyen el entorno del sistema formado por la persona y el equipo de trabajo y su influencia relacionados con la seguridad, eficiencia y confortabilidad. Trata en definitiva, de aquellos aspectos del ambiente físico, que descarta la Higiene Industrial por no suponer un riesgo de enfermedad profesional, pero si pueden llegar a afectar al nivel de confort en el trabajo y por tanto a la efectividad.

Los principales campos de actuación dentro de esta disciplina que de ben abordarse son:

- Ambiente visual
- Ruido
- Condiciones ambientales

PRINCIPALES CAMPOS DE ACTUACIÓN DE LA ERGONOMÍA AMBIENTAL

- Ambiente visual: Para que el trabajo se lleve a cabo de forma eficaz, la visión del trabajador y la iluminación del centro de trabajo deben adecuarse de manera óptima.

Hay variables que influyen sobre el entorno y el ambiente visual del trabajador como son:

- ✓ Variables del puesto de trabajo
- ✓ Variables de la percepción visual
- ✓ Variables de iluminación
- ✓ Variables del lugar de trabajo

- Ruido: La Ergoacústica se encarga del estudio del ruido como elemento distorsionador, que puede interferir en la actividad laboral de la persona y en su desempeño. Se puede estudiar desde distintos enfoques; subjetivos y objetivos.

- Condiciones ambientales: Gracias a los mecanismos de termorregulación del cuerpo, el ser humano es capaz de mantener una temperatura constante (37º) a pesar de la continuas variaciones en el exterior. Las condiciones termohigrométricas de un entorno laboral, influyen en esos mecanismos de termorregulación del ser humano.

Las principales variables termohigrométricas en el ambiente laboral que deben analizarse son:

- ✓ La temperatura del aire y de las superficies del entorno.
- ✓ La humedad del aire
- ✓ El movimiento o velocidad del aire

Según el método LEST, las condiciones ideales serían:

Tipo de trabajo	Temp. Óptima	Grado de Humedad	Velocidad del Aire
Intelectual o Físico ligero sentado	18º-24º	40%-70%	0,1 m/s
Intelectual o físico de pie	17º-22º	40%-70%	0,1-0,2 m/s
Trabajo duro	15º-21º	30%-65%	0,4-0,5 m/s
Trabajo muy duro	12º-18º	20%-60%	1,0-1,5 m/s

BIBLIOGRAFÍA

- www.revistadigital.inesem.es
- www.wikipedia.org
- www.educaweb.com

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

- OBJETIVO
- MATERIAL Y MÉTODOS
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES

OBJETIVO:

- La incidencia del cáncer es mucho menor en niños que en adultos, 150 casos por millón de niños y año. Aproximadamente el 55% de los pacientes con cáncer infantil recibirán radioterapia como parte de su tratamiento.
- La experiencia en el H.G.U.G.M desde 2004 con 434 pacientes tratados es que el 20% requirió anestesia, por edad, por falta de colaboración, por dolor o por radioterapia intraoperatoria.
- Cada día tratamos de reducir el número de pacientes tratados con anestesia y sus efectos secundarios, además de personalizar los tratamientos intentando hacer que los niños soporten mejor sus tratamientos.

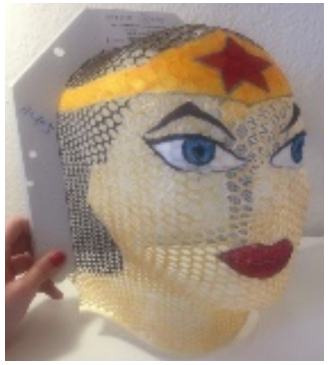
MATERIAL Y MÉTODOS:

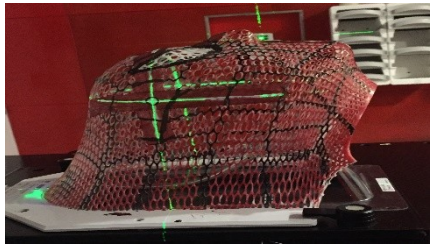
- Desde que el paciente llega el primer día al servicio y durante todas las fases del tratamiento, intentamos crear un ambiente agradable, con distracciones positivas y hacer ver el espacio menos institucional.

- Le enseñamos al paciente las unidades de tratamiento y le presentamos a las personas que estaremos en contacto con él.

- Intentamos que la comunicación sea clara y entendible a la vez que procuraremos reducir al máximo los tiempos de espera.

- En el servicio disponemos de una sala de espera o “rincón infantil” lleno de juguetes y libros para que estén entretenidos, decoramos el bunker, personalizamos las máscaras inmovilizadoras como superhéroes, ayudándoles a sentirse más fuertes, decoramos las paredes con sus dibujos y fotos que nos regalan, utilizamos triciclos para que entrar en las unidades de tratamiento les sea divertido, les ponemos música e infinitas cosas más.





RESULTADOS:

- Reducción de tiempo de tratamiento, más cortos y sencillos.
- Tratamientos menos traumáticos.
- Se reduce el número de pacientes que necesitan anestesia.

CONCLUSIONES:

- La intervención de apoyo por parte de los técnicos de radioterapia disminuye el uso de la sedación y a su vez reduce la ansiedad y el riesgo clínico.

- Contribuimos también a la mejora de la calidad de vida de estos niños y sus familias, ayudándolos a soportar mejor el tratamiento desdramatizando el entorno y ofreciendo relax, distracción, humor, risa y fantasía.

BIBLIOGRAFÍA

- C. González San Segundo. Valor de la radioterapia en Oncología Pediátrica.

- Bayés Ramón. Psicología oncológica.

- Protocolos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

- Y. Lupiáñez Pérez. Humanización en el cuidado del paciente Oncológico.

http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-85-09.pdf

TEMA 111. IMPACTO SOCIAL DE LA VACUNA NONAVALENTE FRENTE AL HPV.

- SORAYA BERMEJO GOMEZ
- MARIA NIEVES TAPIZ ARRONDO
- TAMAR OCHOA GARCIA
- PATRICIA PIÑAL ALONSO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

VPH son las siglas para referirse al *virus de papiloma humano* (o HPV, siglas en inglés). Es un virus que se transmite por piel y mucosas, siendo la infección de transmisión sexual más frecuente entre individuos jóvenes (tanto hombres como mujeres) sexualmente activos. Son un grupo de más de 200 virus.

Hay dos tipos de virus:

- De bajo riesgo: que aparecen en forma de verrugas genitales o condilomas.
- De alto riesgo: responsables del cáncer de cuello uterino.

La primera vacuna nonavalente contra el VPH, ayuda a proteger contra cánceres y enfermedades genitales causadas por 9 tipos del mismo (6, 11,16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).

OBJETIVO

Entre un 10 y 15% pueden llegar a lesiones premalignas. El cáncer de cérvix es uno de los más prevalentes a nivel mundial. En los países desarrollados es un problema de salud pública, aunque de mortalidad relativamente reducida, debido a la vacunación y el cribado.

La vacuna nonavalente (Gardasil 9) es un gran avance en la prevención de las enfermedades asociadas al VPH.

Está indicada en:

- Niñas/mujeres de 9 a 26 años.
- Niños de 9 a 15 años

MÉTODO

El sistema inmunológico del individuo vacunado con Gardasil 9, estimula la producción de anticuerpos contra los 9 tipos de VPH que contiene la misma.

Se administra de forma intramuscular en la región deltoidea del brazo o en la zona antero lateral superior del muslo.

Son 3 dosis separadas de 0,5 ml de acuerdo con el siguiente esquema:

1ª dosis: en la fecha elegida.

2 ª dosis: 2 meses después de la primera dosis.

3ª dosis: 6 meses después de la primera dosis

RESULTADOS

Cuando un individuo es vacunado con Gardasil 9, el sistema inmunológico (sistema de defensa natural del cuerpo) estimula la producción de anticuerpos contra los 9 tipos de VPH que contiene la vacuna, para ayudar a proteger contra las enfermedades causadas por estos virus.

Los 9 tipos incluidos en la vacuna son responsables del:

- 90% del cáncer de cuello de útero.
- 80% de las lesiones cervicales de alto grado.
- 50% de las lesiones cervicales de bajo grado.
- 90% de las verrugas genitales.
- 90% de la papilomatosis respiratoria recurrente.
- 85-90% de otros canceres anogenitales.

CONCLUSIONES

- Gardasil 9 no se utiliza para tratar enfermedades relacionadas con el VPH, sino para prevenirlas.
- No tiene ningún efecto en individuos que ya tienen una infección persistente o enfermedad asociada a cualquiera de los tipos del VPH de la vacuna.
- Está indicada tanto para hombres como para mujeres.
- La vacuna nonavalente protege frente a los tipos de VPH que causan la mayoría de los casos de estas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

- http://www.msd.es/static/section/images/Prospecto_Gardasil_9_tcm2353-668725.pdf
- https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-42 [Editor: Francisco José Álvarez García © 1999-2019 Asociación Española de Pediatría]
- https://medlineplus.gov/spanish/hpv.html [Página actualizada el 16 septiembre 2019, Tema revisado 18 diciembre 2018]
- https://www.news-medical.net/news/20170906/1382/Spanish.aspx [News-Medical.net - An AZoNetwork Site
Owned and operated by AZoNetwork, © 2000-2019]
- https://www.vacunas.org/virus-del-papiloma-humano/ [20/12/2018 Esta página web es miembro de la Red de Seguridad Vacunal de la OMS]

TEMA 112. INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS.

- ALICIA HUERGO ORDIALES
- PATRICIA GARCÍA VIÑA

ÍNDICE

- INTOXICACIÓN POR SALICILATOS
- INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL
- INTOXICACIÓN POR BENZODIACEPINAS
- INTOXICACIÓN POR OPIOIDES

INTOXICACIÓN POR SALICILATOS

Los salicilatos son fármacos con propiedades antiinflamatorias, antitérmicas y analgésicas. Éstos medicamentos son derivados del ácido salicílico.

La absorción a nivel digestivo es rápida, unos treinta minutos. El pico plasmático es a las dos horas. Se metabolizan a nivel de la mucosa digestiva, del hígado y de la sangre. Y se eliminan por vía renal.

La dosis tóxica oral en el adulto es de 10g. En el niño 240mg/kg. Y la dosis letal media en el adulto es de entre 20-30g.

La clínica en una intoxicación leve produce epigastralgia, náuseas, vómitos y pirosis.

En una intoxicación moderada: letargia, excitabilidad, delirio, fiebre, equimosis.

Y en una intoxicación grave el paciente presentaría oliguria, cianosis, convulsiones, edema pulmonar, coma.

El tratamiento en este tipo de intoxicaciones es el lavado gástrico hasta 24 horas después de la ingesta. Y posteriormente el carbón activado.

Para la eliminación renal se realizaría la diuresis alcalina forzada.

INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL

El paracetamol es un fármaco con propiedades antitérmicas y analgésicas.

Es un derivado del aminofenol.

Se absorbe bien por vía digestiva, su pico plasmático es a los 30 – 90 minutos desde la ingesta. Se metaboliza a nivel hepático y se elimina por vía renal.

La dosis tóxica en el adulto es de entre 7 – 10g. Mientras que en el niño es de entre 125mg/kg o 150mg/kg.

Sobre la clínica, los primeros síntomas surgen en las primeras 12 o 24 horas, suelen ser leves: náuseas, vómitos, dolor abdominal, malestar general, diaforesis.

A partir de las 24 horas es cuando surgen los síntomas más relevantes como: hepatomegalia, elevación de las enzimas hepáticas, insuficiencia hepática, coma, encefalopatía hepática. Puede causar hasta la muerte por una insuficiencia hepática fulminante.

En cuanto al tratamiento, en las primeras 4 horas tras ingesta se podría hacer un lavado gástrico. También existe un antídoto la N-acetilcisteína. El cual se puede administrar por vía intravenosa o por vía oral. Su uso es hospitalario.

INTOXICACIÓN POR BENZODIACEPINAS

Las benzodiacepinas son fármacos usados como sedantes, ansiolíticos, relajantes, anticonvulsionantes e hipnóticos.

Estos fármacos actúan sobre el sistema nervioso central.

Estas intoxicaciones son en su mayoría de origen voluntario.

Se pueden clasificar en función de su vida media, los de acción corta duran menos de 12 horas, intermedia hasta 24 horas y larga más de 24 horas.

La clínica: su principal efecto es sedante, produce somnolencia, alteración en la capacidad motora, hipotonía, disartria, flacidez.

Si se toman con otros depresores del sistema nervioso como pueden ser el alcohol, los barbitúricos, los antidepresivos o los opiáceos. Pueden llegar a inducir un coma en el paciente o incluso una depresión respiratoria importante.

Aunque si es cierto que presentan un bajo riesgo de muerte por la sobredosis de este tipo de fármacos, siempre y cuando no se asocien a otro tipo de medicamentos.

El tratamiento si el nivel de conciencia lo permite sería el lavado gástrico con carbón activado.

El antídoto de este fármaco es el flumazenilo, se utiliza para revertir de forma rápida y completa la sedación.

Este antídoto se administra por vía intravenosa y su acción comienza a los dos minutos de su administración.

INTOXICACIÓN POR OPIOIDES

La morfina, la heroína, el tramadol, la oxicodona y la metadona son opioides.

Los opioides pueden crear dependencia, que se caracteriza por un fuerte deseo de consumir la sustancia, un deterioro de la capacidad para controlar su uso, el consumo persistente de opioides pese a las consecuencias perjudiciales, el aumento de la tolerancia y la aparición de síntomas de abstinencia cuando se interrumpe el consumo.

La dependencia de los opioides sujetos a prescripción incluye la dependencia iatrogénica ocasionada por el tratamiento del dolor crónico.

La clínica en la intoxicación por opioides se caracteriza por la combinación de tres signos y síntomas, a los que suele hacerse referencia como “la triada por sobredosis de los opioides”.

Los síntomas de esta triada son: pupilas puntiformes (miosis), pérdida de consciencia y depresión respiratoria.

En cuanto al tratamiento, tiene antídoto específico que es la naloxona.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrera Rodríguez,J. (2010).Manifestaciones clínicas en pacientes con sobredosis con benzodiacepinas en el Servicio de Urgencias adultos del Dr Carlos McGregor Sánchez Navarro. (Tesis doctoral). Escuela Superior de Medicina. Instituto Politécnico Nacional. México DF.
- González-Fernández, D., Alonso Fernández, A. (2009). Intoxicaciones agudas en el Servicio de Urgencias [Abstract]. Revista de Toxicología.
- Morán Chorro, I., Martínez de Irujo Baldirá, J., Marruecos-Sanz, L., Nogué Xarau, S, Abandes, S. (colaborador), Alonso, J-R.(colaborador), … Zapata, L. (colaborador). (2011). Guía de Toxicología Clínica.
- Nogué Xareu, S., Aguilar Salmerón, R. (colaborador), Aguiló Mir, S. (colaborador), Gallizo Aibar, J. (colaborador), Alobid, I. (colaborador), Viladot Alonso, JR.(colaborador),… Vidal Pérez, O. (colaborador). (2010). Intoxicaciones agudas: Bases para el tratamiento en un Servicio de Urgencias.

TEMA 113. INTRODUCCION AL TOC.

- **MARIA TERESA SERRANO ANTON**

í

INTRODUCCION

* **El TOC** como su propio nombre indica se trata de un trastorno obsesivo compulsivo, se trata de un problema neurológico que se traduce en un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos intrusivos, es decir, ideas fijas recurrentes y persistentes que generan inquietud, temor, ansiedad o aprensión, estos pensamientos a su vez generan en la persona que los padece una reacción defensiva que se traduce en compulsiones, es decir, en actos repetitivos cuyo fin es evitar las consecuencias de los propios pensamientos**. El TOC** puede presentarse a cualquier edad y varia entre el 0,8 % en los adultos y del 0,25 % en niños y adolescentes, la **OMS** lo incluye entre las 20 enfermedades mas incapacitantes y los pacientes que lo sufren tienen mas baja calidad de vida ya que su condición mental y física es agotadora.

OBJETIVO

El objetivo de esta publicación es que las personas conozcan mejor esta enfermedad que afecta del 2,5% al 5% de la población española y concienciar al entorno de lo que significa vivir con esta enfermedad, el sufrimiento con el que lidian día a día, la problemática en su vida social, laboral y familiar.

METODOLOGIA

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura existente, consultando numerosos artículos médicos para intentar exponer lo mas importante y de manera clara.

Se han elegido como palabras clave; Toc, obsesión, compulsión.

DIAGNOSTICO

Normalmente la persona que sufre un TOC es reacia a revelar a los demás sus síntomas, por lo que resulta frecuente que acudan en busca de ayuda muchos años después de la aparición del problema, normalmente asociados ya a depresión (de hecho, alrededor de un 34 % de los pacientes con toc sufren de depresión en el momento de diagnosticarles la enfermedad, y el 66 % la sufrirá a lo largo de su vida).

Su diagnostico se basa e
n:

-Presencia de obsesiones: pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento del trastorno, como intrusas o no deseadas.

-Presencia de compulsiones: comportamientos o actos mentales repetitivos que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o de acuerdo a unas reglas que ha de aplicar de manera rígida.

- Para un diagnostico definitivo deberán estar presentes y ser una fuente importante de angustia o de incapacidad durante la mayoría de los días al menos durante dos semanas sucesivas, síntomas obsesivos, actos compulsivos o ambos y estos pensamientos obsesivas deberán de tener las siguientes características:

-El paciente reconoce que estos pensamientos son suyos propios.

-Por lo menos a uno de estos pensamientos el paciente presenta una resistencia ineficaz.

-La idea o realización de la compulsión no es en si placentera.

-Estos pensamientos o obsesiones son repetitivos y moslestos.

CAUSAS DE LOS SINTOMAS DEL TOC

Existen múltiples teorías de las causas del toc, entre ellas están:

- De origen biológico:
  * Anormalidades en el lóbulo frontal y en los ganglios basales.

  * Aumento bilateral del volumen de sustancia gris en los núcleos lenticulares, extendiéndose a los núcleos caudados.

  * Anormalidades en neurotransmisores (serotonina).

CLASES DE TOC

Existen variedad de clases de TOC, pero las que mas están presentes en nuestra sociedad son:

* Obsesión por la enfermedad, suciedad o contaminación.
*Obsesiones sexuales.
*Obsesiones agresivas.
*Obsesiones catastróficas.
*Obsesiones religiosas.
*Obsesión por el orden simétrico.
*Obsesión por dudas patológicas y comprobación.

TRATAMIENTO

- Terapia cognitivo-conductual: exposición con prevención de respuesta, esta terapia ha obtenido los mejores resultados.
- Tratamiento farmacológico: los mas utilizados son los relacionados con el neurotrasmisor serotonina; clomipramida, fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, venlafaxina y mirtazapina.
- El tratamiento farmacológico debe de ir acompañado de la terapia cognitivo-conductual.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** TOC. Obsesiones y compulsiones. Tratamiento Cognitivo. Amparo Belloch, Elena Cabedo y Carmen Carrió. Editorial Alianza.

  Guía Práctica del TOC: Pistas para su liberación.
  Cherry Pedrick. Editorial: Desclee de Brouwer

- **Página WEB:** https://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_obsesivo-compulsivo#Psicof%C3%A1rmacos, http://tocmurcia.com/tipos-de-toc, https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/psicologia/toc-sintomas-causas.html

TEMA 114. COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE: LA NEGOCIACIÓN.

- ELENA BAZTARRICA ECHARTE
- IRENE LOSADA ÁLVAREZ
- Mª JOSÉ LUMBIER MARTÍNEZ DE MORENTIN
- SONIA CAMPO BALDUZ

ÍNDICE

- Definición.
- Tipos de negociación.
- Forma parte de la entrevista.
- Pasos de la negociación.
- Técnicas básicas de negociación.
- Barreras de la negociación.
- Claves para contrastar opiniones en un clima de diálogo.
- Conductas que favorecen el éxito de una negociación.
- Errores al afrontar las discrepancias de los pacientes.
- Ideas clave.

DEFINICIÓN NEGOCIACIÓN

- Diálogo entre médico y paciente caracterizado por el hecho de que el paciente, el médico o ambos, desean lograr un objetivo.

- Discutir las cláusulas de un eventual contrato.

- Distinto de:
    - Persuasión
    - Orden

TIPOS DE NEGOCIACIÓN

- Negociación explícita: el paciente demanda abiertamente algo que se discute.

- Negociación por deslizamiento: las discrepancias o expectativas son insinuadas y se espera que la otra parte haga una propuesta constructiva. Dos pasos:
  - El paciente muestra una expectativa y se abstiene de insistir en ella por miedo a no ser atendido.
  - El profesional no la aborda directamente pero cede a ella o da por sobreentendido que ambos han llegado a un acuerdo(aunque no hayan hablado del tema).

Ejemplo:

- Paciente: Esta espalda me mejoraría mucho si me pusieran corrientes (refiriéndose a ser enviado a un servicio de rehabilitación).
- Profesional (en otro momento de la entrevista): Vamos a darle unos ejercicios de gimnasia para que haga en casa y esta medicación. Si no mejora, tal vez le mandemos a un servicio de rehabilitación.

FORMA PARTE DE LA ENTREVISTA

- Esquema de entrevista semiestructurada para la parte resolutiva:
    - Detectar resistencias
    - Explorar creencias
    - Negociación
    - Acordar un plan
    - Toma de precauciones
    - Cierre de la entrevista

- La parte resolutiva de la entrevista se inicia con la enunciación o propuesta de un diagnóstico (o la caracterización del problema), y la propuesta de un plan de acción.

- Es entonces cuando el paciente expone sus dudas.

- Comienza la negociación.

PASOS DE LA NEGOCIACIÓN

1. Conceptos de partida relativos al consultante:

- Objetivo: buscar el mejor plan de acción.
- Punto crucial: entender el derecho a la participación del paciente y legitimarlo.
- Permitir la discrepancia.
- Adoptar la actitud de estar dispuestos a repensar el plan que nos habíamos propuesto.
- Dar un margen de decisión al paciente.

2. Interactuar con las creencias y emociones del paciente:

- Transformar las ideas del paciente que pudieran interferir con nuestro plan terapéutico o supongan un peligro para su salud.

- Evitar discrepancias gratuitas que deterioren el clima de la relación.

- Tres niveles de interacción con las creencias erróneas:
  - Contraponer
  - Reconvertir
  - Explorara las últimas consecuencias

Paciente: Quiero inyecciones porque actúan más rápido al pasar directamente a sangre.

Contraposición: Está equivocado, no hay razón en su caso para desear una acción tan rápida.

Reconversión de ideas: esas cápsulas que voy a darle también actúan muy rápido. Fíjese en esas pastillitas de nitroglicerina que se ponen debajo de la lengua las personas que tienen un ataque de corazón: se absorben antes que una inyección. Si eso es lo que desea, estas pastillas son perfectas para usted.

Explorar consecuencias: La acción rápida de un medicamento lo será también para sus efectos indeseables, como una reacción alérgica, ¿estaría dispuesto a asumir una reacción alérgica más fuerte de lo normal para ganar en rapidez?

3. Exponer las diferencias explícitamente:

- Importante para clarificar el problema.

- Averiguar qué es lo que lleva al paciente a pensar como piensa.

- Es más probable que acepte alternativas si ha visto que sus opiniones has podido ser expuestas y han sido consideradas.

TÉCNICAS BÁSICAS DE LA NEGOCIACIÓN

1. Decir que sí, decir que no:

- El profesional tiene claros los márgenes de la negociación. Sabe conceder y denegar sin vacilaciones.
- Situaciones que deben ser zanjadas con un “no”:
  - Solicitud de certificado medico con datos inexactos o falsos.
  - Solicitud de un medicamento adelantado por la farmacia y no indicado por el paciente.
  - Solicitud de un informe médico por un empresario en referencia a un empleado.
  - Solicitud de informes confidenciales de terceras personas sin su conocimiento.
  - Solicitud de baja o alta incorrecta.

2. Listón de negociación: Grado de flexibilidad que mostramos en la consecución del objetivo.

3. Campo de negociación: contenidos sobre los que se desea llegar a acuerdos.

4. Acomodar las expectativas del paciente: averiguar las creencias del paciente tras lo cual aplicamos una cesión.

5. Doble pacto: Ofrecer ceder en un punto a cambio de otra cesión.

6. Paréntesis: Posponer la resolución de la demanda, evitando la emisión de un diagnóstico o terapia.

7. Reconducción por objetivos: desviar el campo de negociación de aspectos periféricos a cuestiones centrales.

8. Negativa argumentada seguida de disco rayado: primero argumentamos la negativa, tras lo cual si el paciente insiste, nos posicionamos en un “no” sin añadir nuevos argumentos, ni cambiar el tono emocional, que debe ser plano.

9. Transferencia de responsabilidad: derivar la petición del paciente a otros profesionales o personas responsables.

10. Propuesta de nueva relación: indica una condición necesaria para proseguir con el contrato terapéutico.

11. Toma de precauciones: el entrevistador advierte de una posible evolución desfavorable y le invita a una nueva consulta si se produjera tal situación.

BARRERAS PARA UNA NEGOCIACIÓN PROVECHOSA

- El profesional tiene miedo a que si realiza una cesión puede incurrir en mala praxis.

- A veces el paciente no sabe distinguir entre pedir y exigir.

CLAVES PARA CONTRASTAR OPINIONES EN UN CLIMA DE DIÁLOGO

- Propuesta del profesional: “a mi entender…”
- Detectar expresiones de dudas, exploración de creencias: “creo que esto no acaba de convencerle…”
- Legitimar la discrepancia: “ ha hecho muy bien en decírmelo…”
- Normalizar la discrepancia: “eso es lo que piensan muchas personas”
- Crear un espacio para contraponer argumentos: “ le he escuchado, permítame ahora que exponga mis argumentos…”

- Cesión real: “me parece muy bien hacer…”
- Cesión diferida: “es una buena idea hacer…pero esperaremos antes a…”
- Cesión condicional: “no me parece mal hacerle…, si no mejora en unas semanas”
- Cesión intencional: “tendré en cuenta su sugerencia”
- Denegar: “me resulta imposible acceder”
- Ceder: “sí, ha llegado la hora de enviarle a …”
- Acomodar: “vamos a tratar de complacerle sin dañar…”
- Acuerdo y cierre: “quedamos en eso…si no acabara de encontrarse bien, no dude en…”

CONDUCTAS QUE FAVORECEN EL ÉXITO DE UNA NEGOCIÓN

- Cuando surgen discrepancias:
  - No ofenderse: el paciente tiene derecho a discrepar.
  - Averiguar las motivaciones que tiene el paciente para pensar así.
  - Mostrar empatía.
  - Comprender al paciente.
  - No justificar una opción una y otra vez, ser creativo.

ERRORES AL AFRONTAR LAS DISCREPANCIAS DE LOS PACIENTES

- Ceder en el significado del padecimiento
- Tirar la toalla. Ceder de buenas a primeras.
- No escuchar. Enfadarse.
- Interpretar las intenciones del paciente, buscar razones ocultas.
- Impugnar o castigar la conducta del paciente.
- Asumir riesgos innecesarios.
- Desresponsabilizarse, limitar la accesibilidad.
- Intentar que se cambie de profesional.

IDEAS CLAVE

- Todo lo hacemos para el paciente.
- Es imposible persuadir en un clima de relación antagónico.
- El paciente tiene derecho a discrepar.
- Permitir que el paciente se explique, evaluar sus creencias.
- Saber hasta dónde podemos decir “sí”.
- No hay actitud de negociación si no estamos en actitud de ceder.
- Vencer el enojo o pereza inicial que supone la negociación.
- Cuando cedamos que sea para ganar alianza terapéutica.
- Los acuerdos surgido de un diálogo honesto son mejores que las propuestas iniciales que habíamos imaginado.

BIBLIOGRAFÍA

- Borrell i Carrio F. Manual de entrevista clínica. Barcelona. Ed. Doyma. 1989
- Borrell F. Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas. Las cinco fases de la entrevista y sus cuatro componentes. Ediciones EMFyC.2004
- Martin MN. La relación clínica con el paciente difícil. Aten Prim 2000;6:443-447

TEMA 115. LENGUAJE SEXISTA EN LA ADMINISTRACION SANITARIA.

- SILVIA MARIA PRIETO FERNANDEZ
- TANIA MARIA PRIETO FERNANDEZ
- CELESTINA GARCIA-JOVE GONZALEZ
- BIBIANA NUÑO PEREZ

ÍNDICE

- CONTEXTUALIZACION
- CONCEPTOS VINCULADOS/DEFINICIONES.
- PERSPECTIVA DEL FENOMENO EN INSTITUCIONES SANITARIAS
- APLICACIONES PRACTICAS

CONTEXTUALIZACIÓN

- Hablar de sexismo en el lenguaje, es hablar de un elemento concreto de la sociedad, vinculado con un gran número de conceptos sociales.

- Es por ello que se hace necesario clarificar una serie de definiciones para evitar el error y entender correctamente en que contexto social y laboral el lenguaje con carácter sexista se hace presente, su influencia y porqués.

CONCEPTOS VINCULADOS / DEFINICIONES

Para poder alcanzar una buena comprensión de la importancia que tiene el uso de un lenguaje con carácter no sexista, incluyendo la perspectiva de género en nuestras relaciones sociales , y mas concretamente , en el acto comunicativo tanto privado como público o en el ámbito laboral, es necesario conocer previamente el significado de terminología específica.

Cabe iniciar estas clarificaciones con dos conceptos que tradicionalmente se confunden, sexo vs género.

- Se establece que el sexo viene determinado por la naturaleza, la persona nace con sexo masculino o femenino.

- Se entiende por género la construcción social y cultural que define las diferentes características emocionales, afectivas, intelectuales, así como los comportamientos que cada sociedad asigna como propios y naturales de hombres o de mujeres.

- Androcentrismo: Visión del mundo que sitúa al hombre como centro de todas las cosas. Esta concepción de la realidad parte de la idea de que la mirada masculina es la única posible y universal, por lo que se generaliza para toda la humanidad, sean hombres o mujeres.

Sexismo:

- Teoría basada en la inferioridad del sexo femenino que viene determinada por las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. La construcción de un orden simbólico en el que las mujeres son consideradas inferiores a los hombres implica una serie de comportamientos y actitudes estereotipados que conducen a la subordinación de un sexo con respecto al otro.

PERSPECTIVA DEL FENOMENO EN INSTITUCIONES SANITARIAS

Definiríamos a grandes rasgos y de manera generalista al lenguaje sexista como el que refleja y expresa parcialidad hacia uno de los sexos, (discriminando generalmente al femenino).

La existencia del lenguaje sexista es el resultado del sexismo en la propia sociedad y como un fenómeno social, guarda intima relación con las actitudes sociales.

El personal de las instituciones sanitarias y administraciones públicas, en su trato directo con los pacientes y usuarios se ve también incluido en este fenómeno, que se traslada al ámbito laboral.

Si bien es cierto que las administraciones publicas a través de sus planes formativos incorporan formación en igualdad de oportunidades y perspectiva de género donde el personal puede recibir sensibilización y nociones básicas evitando o minimizando el uso del lenguaje sexista.

La responsabilidad del uso del lenguaje con connotaciones sexistas es de todo el personal y afecta a trabajadores y trabajadoras.

APLICACIONES PRÁCTICAS

Estas son algunas de las aplicaciones prácticas mas reseñadas en los estudios, instrucciones, guías y demás proyectos implementados a sensibilizar en el uso no sexista del lenguaje administrativo.

El punto de partida a modificar sería el uso del masculino como genérico, (que supone invisibilización de las mujeres, exclusión, subordinación, desvalorización).

Sería adecuado que en su hacer diario en el ámbito comunicativo se tomara como alternativa práctica las recomendaciones propuestas en materiales didácticos sobre el tema.

- Sustitución del masculino con valor genérico por sustantivos colectivos, abstractos y de referencia general

- Utilización del sustantivo persona/s en lugar del masculino genérico

- Utilización de oraciones de relativo en lugar de adjetivos o adjetivos sustantivados

- Utilización de oraciones de relativo con /quien/ en función de sujeto en lugar de un sujeto en masculino

- Sustitución de la voz pasiva por construcciones de pasiva refleja

- Prescindir del uso de pronombres personales cuando la función a la que hacen referencia está suficientemente clara

- Ante los sustantivos que no tengan variación morfológica para el masculino y el femenino, intentar prescindir del uso de determinantes o artículos siempre que sea posible

- Cuando no se pueda utilizar ninguno de los procedimientos dados anteriormente, se puede recurrir a desdoblar la referencia en femenino y masculino a fin de generar enunciados que no sean ambiguos

- Como parte de la sociedad el colectivo del personal de instituciones sanitarias y administraciones públicas, ha tener clara su responsabilidad en el proceso de cambio en el uso no sexista del lenguaje.

- Siendo la puerta de entrada al sistema documental, asi como en muchos servicios la cara directa al usuario y paciente, la asunción de los principios básicos en la practica laboral asegurando un uso no discriminatorio del lenguaje se hace no solo un deber del trabajador sino un derecho del propio usuario.

- La lengua es un ente vivo que puede evolucionar, y la correcta practica laboral fomentará su evolución .

- El lenguaje administrativo sanitario con estas "buenas prácticas" logrará fijar una correcta implementación de un lenguaje no sexista.

BIBLIOGRAFÍA

Páginas WEB :

- http://www.inmujer.gob.es (consultada agosto 2019)
- https://formacion.asturias.es/, (consultada agosto 2019)
- http://www.mujeresenred.net/, (consultada agosto 2019)

TEMA 116. LISTERIOSIS.

- MARTA ATIENZA CORREAS
- BEATRIZ GARCÍA SERRANO
- MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA

ÍNDICE

- Introducción
- Patogenia
- Manifestaciones clínicas
- Diagnóstico
- Tratamiento
- Prevención
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

La listeriosis es una infección causada por la bacteria *Listeria monocytogenes*.

Aunque es poco frecuente en los seres humanos, la enfermedad suele ser grave, con altas tasas de hospitalización y mortalidad. Durante el año 2017, hubo 2.480 casos de listeriosis en humanos en la Unión Europea, con 227 muertes en 16 Estados miembros, lo que implica una tasa de mortalidad del 13,8%. En España, para ese mismo año, hubo 284 casos confirmados.[1]

Actualmente España ha sufrido brote de toxiinfección alimentaria por Listeria monocytogenes, mayormente localizado en la comunidad autónoma de Andalucía asociado al consumo de carne mechada industrial de la marca La Mechá, elaborada por la empresa Magrudis S.L.[2]

A fecha de 6 de septiembre de 2019, el número total de afectados en la comunidad es de 207 casos relacionados con el brote. En el resto de las CCAA se han registrado 5 casos confirmados por laboratorio (2 en Aragón, 1 en Castilla y León, 1 en Extremadura y 1 gestante de 8 semanas en Madrid en la que se ha producido un aborto) y 3 casos confirmados por vínculo epidemiológico (1 en Extremadura y 2 en Aragón).

Desde el inicio de la alerta se han registrado tres defunciones, dos personas mayores de 70 años con comorbilidades graves y una persona mayor de 90 años. Además, se han registrado 3 abortos (menos de 22 semanas de gestación) y 2 muertes fetales intraútero (a partir de la 22 semana de gestación), tres de ellos confirmados y otro en estudio. Hay también un recién nacido afectado. [2]

Por ello en el presente capítulo se abordarán la características de dicha enfermedad.

PATOGENIA

El género bacteriano Listeria comprende actualmente 10 especies, pero los casos humanos de listeriosis son causados casi exclusivamente por las especies de L. monocytogenes. Más del 95% de las cepas aisladas en humanos son serovar 4b, 1/2 y 1/2b.

L. monocytogenes en particular es una bacteria Gram positiva de forma bacilar, anaerobia facultativa, psicrotrofa y móvil. Su principal diferencia con otros patógenos transmitidos por los alimentos radica en que estos excretan toxinas o se multiplican en la sangre, mientras que L. monocytogenes entra en las células del huésped, se multiplica en su interior, y pasa directamente a las células cercanas. La transmisión de célula a célula reduce la exposición de la bacteria a los antibióticos y anticuerpos circulantes.

Esta capacidad de penetrar en las membranas celulares permite a L. monocytogenes alcanzar el cerebro y la placenta.

La principal vía de transmisión a los seres humanos es a través del consumo de alimentos contaminados. La contaminación suele originarse en entornos post-procesamiento, pero los alimentos crudos contaminados (pescado crudo, carne cruda o leche cruda) puede representar un vehículo para la introducción de L. monocytogenes en las plantas de procesamiento de alimentos.

Las comidas preparadas listas para el consumo elaboradas con o sin etapa de tratamiento térmico y con un tiempo de almacenamiento prolongado en condiciones de refrigeración pueden ser alimentos de alto riesgo en lo que respecta a L. monocytogenes por contaminación durante el procesamiento o la posterior manipulación. [3]

Los brotes de origen común se han asociado epidemiológicamente con el consumo de quesos frescos; quesos de pasta blanda o semiblanda y madurados con mohos; perritos calientes; lengua de cerdo en gelatina; productos cárnicos elaborados; paté; salami; leche con chocolate pasteurizada; leche pasteurizada; leche no pasteurizada; mantequilla; camarones cocidos; mejillones ahumados; pescado ahumado; ensalada de papas; hortalizas crudas y ensalada de col.

Los casos esporádicos se han relacionado con el consumo de leche cruda; helados no pasteurizados; queso ricotta; quesos de cabra, oveja y tipo feta; quesos de pasta blanda o semiblanda y madurados con mohos; queso fresco de tipo hispano; salami; perritos calientes; hongos salados; huevas de bacalao ahumadas; mejillones ahumados; pescado insuficientemente cocinado; aceitunas en vinagre; hortalizas crudas; y ensalada de col.[4]

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las diversas manifestaciones clínicas asociadas a la listeriosis pueden agruparse en dos categorías: listeriosis invasiva y listeriosis no invasiva (conocida como gastroenteritis febril por listeria).[4]

- No invasiva. Aparece en población sana sin factores de riesgo por consumo de alimentos con recuentos de entre 10^5 y 10^9 ufc/g. El tiempo de incubación puede variar entre 18 y 72 horas, y cursa con fiebre, vómitos y diarrea que remiten sin complicaciones.
- Invasiva. Por consumo de alimentos con recuentos superiores a 100 ufc/g. La dosis infectiva no se puede determinar con exactitud, ya que depende del estado inmunológico previo a la infección, la virulencia de la cepa o la matriz alimentaria en la que se encuentre. [3]

Si bien la población sin factores de riesgo puede tolerar este recuento en los alimentos que ingiere sin presentar signos de enfermedad, en población inmunocomprometida, como personas de edad avanzada, personas con terapia inmunosupresora o infectadas con VIH, cursa con infecciones del sistema nervioso central (meningitis) y septicemia. En este caso, la tasa de letalidad oscila entre el 10% y el 30%.Tiene un periodo de incubación que puede variar de 1 día a varios meses.[3]

La **listeriosis en el embarazo** puede presentarse en cualquier momento del mismo pero predomina en el tercer trimestre. Clínicamente da lugar a una infección subclínica que pasa desapercibida, cursando como un proceso pseudogripal con febrícula y sin foco aparente; ocasionalmente, con fiebre elevada con o sin escalofríos y dolor lumbar que sugiere pielonefritis, pero con sedimento de orina normal.[5]

La infección evoluciona en pocos días de modo favorable para la gestante, la cual se recupera espontáneamente sin tratamiento, pero durante la bacteriemia materna la infección puede alcanzar al feto vía transplacentaria produciendo aborto, parto prematuro de un nino muerto o enfermo en el seno de un cuadro denominado granulomatosis infantiséptica, caracterizado por amnionitis, líquido amniótico meconial y afectación fetal severa.5

La **listeriosis neonatal** se divide en dos formas clínicas: inicio temprano (< 7 días de vida) e inicio tardío (> 7 días). En la infección neonatal de inicio temprano los síntomas aparecen generalmente al primer o segundo día de vida, pudiendo el neonato presentar al nacimiento meconio, cianosis, apnea y neumonía. En las infecciones de inicio tardío, la manifestación más frecuente es una meningitis.6

El nacimiento de un feto prematuro infectado se asocia a una mortalidad infantil de 50 a 90%.

Listeria monocytogenes puede producir una gran variedad de infecciones localizadas; se han presentado casos de conjuntivitis, infecciones de piel, linfadenitis, abscesos hepáticos, abscesos cerebrales, peritonitis, abscesos esplénicos, infecciones pleuro-pulmonares, osteomielitis, pericarditis y miocarditis, entre otros. Se ha descrito también infección relacionada a catéter de derivación ventrículo-peritoneal, pudiendo esta bacteria formar y sobrevivir dentro de la biopelícula en los dispositivos médicos.[6]

DIAGNÓSTICO

La listeriosis se diagnostica mediante un cultivo positivo de un sitio normalmente estéril. L. monocytogenes se puede cultivar fácilmente a partir de muestras clínicas como sangre, líquido cefalorraquídeo (LCR), líquido amniótico , placenta , meconio, loquios, lavados gástricos o hisopos de orejas de recién nacidos. Las muestras de heces (que no sean meconio) deben ser enriquecidas selectivamente para *Listeria* antes de ser sembradas en medios de cultivos selectivos.

La PCR es la única prueba utilizada para la detección rápida en muestras clínicas.

Durante el embarazo los hemocultivos deben considerarse para cualquier mujer embarazada que presente fiebre, especialmente si se acompaña de síntomas gripales o gastrointestinales.[6,7]

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección incluye el uso de ampicilina intravenosa sola o en combinación con gentamicina, ya que esta última ha demostrado sinergia con ampicilina y menor riesgo de muerte usando el esquema combinado. Se recomienda mantener la sinergia por siete días, para luego continuar con ampicilina hasta completar el tratamiento, una vez que el cultivo es negativo y se ha verificado susceptibilidad a ampicilina.

El tiempo de tratamiento para las infecciones invasoras sin meningitis es de 10-14 días. Para cuadros de meningitis por *L. monocytogenes* se recomienda tratamiento de 21 días.[6]

Para los pacientes alérgicos a penicilina, el uso de cotrimoxazol es una alternativa.[6]

En el caso de las **embarazadas** el tratamiento de elección es ampicilina intravenosa en dosis de 1 g/8 h durante al menos 10 días y posteriormente oral hasta completar 3 semanas de tratamiento y un aminoglucósido intravenoso en dosis de 3 mg/kg en una sola inyección diaria durante 5 días, siendo también el trimetropín sulfametoxazol la alternativa en caso de alergias.[5]

PREVENCIÓN

Aunque la exposición a esta bacteria no se puede eliminar completamente, algunas medidas útiles son: cocinar por completo los alimentos de origen animal; lavar las verduras crudas; separar las carnes crudas de verduras, alimentos no cocidos y alimentos listos para consumir; evitar productos lácteos no pasteurizados; lavarse las manos y lavar cuchillos y tablas empleados en preparar las comidas después del contacto con alimentos no cocidos. Las mujeres embarazadas y pacientes inmunocomprometidos deben evitar el consumo de leche cruda, quesos blandos no pasteurizados, fiambres, salchichas no cocidas adecuadamente, patés y otros picadillos de carne refrigerada y pescados ahumados, ya que estos alimentos pueden tener un elevado nivel de contaminación.[6]

BIBLIOGRAFÍA

1. Aecosan - Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición [Internet]. Aecosan.msssi.gob.es. 2019 [citado 10 Septiembre 2019]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subdetalle/listeria.htm
2. Brote de listeriosis por consumo de productos fabricados por la empresa Magrudis S.L. [Internet]. Mscbs.gob.es. 2019 [citado 10 Septiembre 2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/listeriosis/docs/20190906_Brote_de_listeriosis_asociado_al_consumo_de_carne_mechada.pdf

3. Vila Brugalla M. Listeria monocytogenes en comidas preparadas [Internet]. Jornades.uab.cat. 2014 [citado 10 Septiembre 2019]. Disponible en: http://jornades.uab.cat/workshopmrama/sites/jornades.uab.cat.workshopmrama/files/monografico_xii_workshop_mrama.pdf
4. Evaluación de riesgos de Listeria monocytogenes en alimentos listos para el consumo [Internet]. Fao.org. 2004 [citado el 10 Septiembre 2019]. Disponible en: http://www.fao.org/tempref/docrep/fao/008/y5393s/y5393s00.pdf
5. Montañez D., Camaño I., Villar O., García Burguillo A., Vallejo P. Listeriosis durante el embarazo: importancia del tratamiento precoz. Clin Invest Gin Obst. 2011;38(4):160-162.

6. Rodríguez-Auad Juan Pablo. Panorama de la infección por Listeria monocytogenes. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2018 [citado 2019 Sep 12] ; 35(6): 649-657. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182018000600649&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182018000600649.
7. Allerberger F.,Wagner M.Listeriosis: a resurgent foodborne infection.CMI.2010;16 (1):16-23.

TEMA 117. PROYECTO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DIRIGIDA A MONITORES EN CENTROS DE MENORES EXTRANGEROS NO ACOMPAÑADOS.

- ANIA IRAZOQUI CEBERIO
- CARMEN CARLOTA MARTINEZ ESQUIROZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN
- OBJETIVOS
- MATERIAL Y METODOS
- EVALUCIÓN
- DISCUSIÓN

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

A finales de julio del 2019 el Gobierno de Navarra abrió un Centro de Orientación y Acogida en la localidad de Iturmendi destinado a Menores Extranjeros No Acompañados (MENAs).

La UNICEF define MENA como aquel menor de 18 años, extranjero entendiendo como tal a menores de terceros países, encontrándose no acompañados por un adulto responsable de él y una situación de desamparo y desprotección.

Son muchos los centros destinados a dicha función a nivel estatal siendo este uno de los primeros a nivel autonómico. Meses más tarde otras localidades de Navarra (como Marcilla e Irañeta) han abierto otros centros de recepción a MENAs.

Actualmente en el centro de Iturmendi conviven 25 MENAs de entre 13-17años, varones procedentes de Marruecos y Ganha. Junto a ellos a turnos trabajan 16 educadores, 2 psicólogas así como las personas responsables del centro.

Concretamente este es un centro de recepción, diagnóstico psicosocial y preparación en el que los menores vivirán aproximadamente 2 meses.

Desde su llegada, han aumento notablemente las consultas de medicina/enfermería en la en el consultorio local, así como las atenciones por parte del servicio de urgencias de la Zona Básica de Salud (Etxarri-Aranatz).

A su vez son muchas las consultas a las que llegan tarde por razones no justificadas o no acuden.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Mediante la siguiente intervención, se pretende crear un protocolo de actuación consensuado extrapolable al resto de centros de nueva apertura en la Comunidad Foral.

Objetivos específicos:

- Disminución cuantitativa de las no asistencias a consulta
- Al finalizar la intervención tanto los educadores como los menores conocerán los derechos así como los deberes de los usuarios del Servicio Navarro de Salud.
- Al finalizar la intervención los educadores diferenciaren una urgencia/emergencia de un proceso leve.
- Al finalizar la intervención los educadores conocerán la actuación a seguir en una urgencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

La intervención se llevará a cabo en 2 fases.

1. La primera fase irá dirigida a los monitores y tratará de 3 sesiones teórico-prácticas de 2h de duración cada una de ellas impartidas tanto en el centro de salud como en el centro de menores. En dichas sesiones en primera instancia se realizará una presentación entre el equipo sanitario de la zona y el equipo asistencial del centro y posteriormente se tratarán los siguientes temas:
   - Cuando acudir a su MAP
   - Derechos y deberes de los usuarios. Normas a seguir en la consulta.
   - Que es una urgencia/emergencia. Cómo actuar ante ella. Cuando llamar al 112.

   En la última sesión se dará la oportunidad de indagar en necesidades formativas en salud detectadas por los monitores (grupo de discusión).

2. La segunda fase irá dirigida a los menores. Antes de empezar, se valorarán las necesidades formativas por parte de estos usuarios relacionadas con su salud empleando un cuestionario bilingüe. Estos temas se abordarán de manera teórico practica en grupo moderada por un equipo sanitario de la zona de salud.
En las sesiones se tratarán también los derechos y deberes de los usuarios, la importancia de una buena comunicación con su equipo de atención primaria, el cumplimiento del tratamiento crónico, vacunaciones…
Esta intervención se llevará a cabo en el centro de menores de Iturmendi pero será extrapolable a los centros de otras localidades Navarras.

EVALUACIÓN

Metodología:

- La evaluación se llevará a cabo mediante indicadores cualitativos, así como cuantitativos:
- Cuantitativos:
  - Número de consultas pre-intervención post-intervención.
  - Número de consultas solicitadas y no llevadas a cabo por inasistencia pre y post.
- Cualitativos:
  - Se llevarán a cabo 3 grupos focales, menores, educadores y sanitarios. Estos grupos serán grabados, transcritos y finalmente analizados mediante el programa informático atlas-ti.

DISCUSIÓN

Mediante esta intervención esperamos mejorar la relación médico paciente con este grupo poblacional así como estrechar lazos con el equipo asistencial para comprender y ayudar a los menores en el proceso adaptativo e integrativo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bravo A, Santos-Gonzalez I. Menores Extranjeros no acompañados en España: necesidades y modelos de intervención. Psychosocial Intervention 26 (2017) 55-62.
- Fuentes R. Menores Extranjeros no acompañados (MENA). Azarbe. Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar (2014) 3, 105-111.
- Gimeno Monterde C. Menores que migran solos y sistemas de protección a la infancia. Zerbitzuan 53. (2013) 109-122.
- López de los Mozos A. La nueva legislación en materia de repatriación de menores extranjeros no acompañados. Revista Europea de Derechos Fundamentales. Nº21, 1er semestre 2013, pag:157-180.

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

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN-OBJETIVO**
- **ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN-OBJETIVO

Síndrome del niño azul es una situación clínica grave que tiene lugar cuando la hemoglobina de los hematíes es oxidada a metahemoglobinemia. Puede ocurrir por la ingesta de ciertas verduras como acelgas y espinacas, debido al poder oxidante que tienen a por la mala conservación.
El niño adquiere una coloración gris azulada. En casos graves puede causar alteración del estado mental, coma y convulsiones generalizadas.
Frecuentemente en lactantes, constituye el 0,3-0,4% de las urgencias.

Conocer las actividades de enfermería ante el caso de un niño con Síndrome del niño azul

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Monitorización O2, TA, FR, FC
- ECG
- Análisis de sangre (Hemograma, Bioquímica, Troponina).
- Gasometría arterial
- Análisis de orina
- Cooximetría sanguínea

<u>Paciente asintomático:</u>

- <20% metahemoglobinemia no precisa tratamiento, oxigenoterapia y suspender causantes

- Paciente sintomático:
- > 30% metahemoglobinemia.
- Administración de oxígeno al 100% con mascarilla de reservorio
- Fluidoterapia
- Descontaminación digestiva
- Administración de antíodoto ▭ AZUL DE METILENO al 1% si metahemoglobinemia >25%-30% o con síntomas o signos de hipoxia (disnea, confusión, dolor torácico).

  Contraindicado:
  - Si déficit de G6PDH
  - Déficit de metahemoglobinemia reductasa
  - Niños menores de 4 meses

CONCLUSIONES

La prevención es lo más importante.
No introducir verduras antes de los 6 meses, las de hoja verde no antes de los 8-9 meses.
Los purés se consumirán recién preparados.
Ante la sospecha de una metahemoglobinemia el tratamiento de elección si el paciente esta asintomático y la concentración de metahemoglobinemia es inferior al 20% será la administración de oxigeno y si fuera necesario de descontaminación intestinal.
Si es superior al 30% se administrara azul de metileno intravenosos 1-2 mg/kg.

BIBLIOGRAFÍA

-Guerrero-Fernández J. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Madrid: Panamericana; 2018.
-Laporta Báez Y, Goñi Zaballo M, Pérez Ferrer A, Palomero Rodríguez M, Suso B, García Fernández J. Metahemoglobinemia asociada a la ingesta de acelgas. Anales de Pediatría. 2008;69(2):191-192.
-Las verduras en la alimentación del bebé [Internet]. Familia y Salud. 2019 [citado el 13 de Agosto de 2018]. Recuperado de: http://www.familiaysalud.es/vivimos-sanos/alimentacion/alimentarse-cada-edad/las-verduras-en-la-alimentacion-del-bebe
-Martinez A, Sanchez-Valverde F, Gil F, Clerigué N, Aznal E, Etayo V et al. Methemoglobinemia induced by vegetable intake in infants in Northern Spain. Journal of PediatricGastroenterology and Nutrition. 2013;56(5):573-577.
-Martínez de Zabarte Fernández J, García Íñiguez J, Domínguez Cajal M. Metahemoglobinemia in infants over one year. Medicina Clínica (English Edition). 2018;151(7):278-280.

TEMA 119. MÉTODO MADRE CANGURO EN NEONATOLOGÍA.

CLARA GIL TORRAS
LYDIA SANCHEZ FERNANDEZ
RICARD CONDE TORRES

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- DEFINICIÓN ACTUAL.
- CÚANDO USAR MÉTODO MADRE CANGURO (MMC).
- BENEFICIOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO.
- BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

El programa Método Madre Canguro, se inició en Colombia en 1978. Los recién nacidos prematuros o con bajo peso, tenían más dificultades a la hora de regular la temperatura y aumentar de peso, esto unido a la falta de incubadoras hacía que la supervivencia de estos niños disminuyera.

Con la introducción de este método, se comprobó que los neonatos evolucionaban más satisfactoriamente.

INTRODUCCIÓN

- El método canguro consistía en:
  - Contacto madre/padre y bebé, piel con piel.
  - Lactancia materna a demanda.
  - Proveerlo de todos los demás cuidados que sean necesarios.

DEFINICIÓN ACTUAL

El método madre canguro (MMC) consiste en poner al neonato, desnudo o semidesnudo en contacto directo piel con piel sobre el pecho descubierto de su madre/ padre en “posición canguro”, de manera que quede el pecho de ambos esté en contacto.

Se debe mantener el mayor número de horas posibles al día, en beneficio del bebé.

CUÁNDO USAR MMC.

- El método madre canguro (MMC) se puede utilizar en todos los neonatos mientras estén en una situación estable y la madre/padre estén dispuestos a realizarla.
- Se utiliza tanto en Unidades Básicas como en Unidades de Cuidados Intensivos y se continúa cuando el bebé está en el domicilio.

BENEFICIOS DEL MMC

- Regulación de la temperatura.
- Mejora de la respiración, disminución de las desaturaciones de oxígeno.
- Reducción del dolor en procedimientos invasivos, cuando es posible, se debe mantener la posición antes, durante y después del procedimiento.
- Favorece la istauración y el mantenimiento de la lactancia

BENEFICIOS DEL MMC

Facilita la istauración y el mantenimiento de la lactancia.

Favorece la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina, regulando su metabolismo basal y aliviando el estrés después del parto.

Es un factor muy importante en la formación del vínculo entre la madre/padre y su hijo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alférez Maleno P, Magaña Hernández L, Los Beneficios del Método Madre Canguro. [Internet] 2016 [Consultado el 19 de septiembre del 2019] Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2440/TESIS%20Diaz%20Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Díaz Jiménez D, Cano Lara M. N, Mauricio Pereira M. G. La matrona como guía para la aplicación del método madre canguro. A propósito de un caso. Enfermería Clínica. [Internet] 2018 [Consultado el 20 de septiembre del 2019] 28(5): 334-340. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862118301864

- Asociación Española De pediatría. Método Madre/Padre Canguro [Internet] 2019 [Consultado el 19 de septiembre del 2019] Disponible en: https://www.aeped.es/rss/en-familia/metodo-madrepadre-canguro

TEMA 120. MIGRAÑA SIN AURA.

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

ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO.
2. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.
3. JUICIO CLÍNICO
4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
5. PLAN DE CUIDADOS.
6. CONCLUSIONES.
7. BIBLIOGRAFÍA.

1. DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Paciente de 37 años que consulta por presentar 4 episodios de cefalea unilateral izquierda con radiación a ojo izquierdo, con náuseas y vómitos intensos. Fotofobia intensa.
Nota alivio al taparse con una manta a oscuras.
Duración unas horas.

2. EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Fondo de ojo normal. Pulsos temporales presentes y simétricos. No dolor a palpación de senos, ni ambos nervios occipitales.
Pruebas complementarias: Aporta RMN cerebral, con pequeño quiste pineal y quiste de retención seno maxilar derecho, sin otras alteraciones, (sustancia blanca normal).

3. JUICIO CLÍNICO.

Migraña episódica sin aura.

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Definimos migraña como dolor fuerte de cabeza que afecta generalmente, a un lado o una parte de ella, y, a menudo, va acompañado de náuseas y vómitos.

Por tanto lo diferenciamos de cefalea porque esta se define como dolor de cabeza bilateral de intensidad leve/moderado sin síntomas secundarios como las náuseas o la fotofobia.

En este caso se diagnostica migraña sin aura debido a que el paciente presenta dolor unilateral con fotofobia y náuseas y vómitos intensos.

5. PLAN DE CUIDADOS.

Si cefalea leve tomar 1comprimido de naproxeno 500mg.
Si cefalea severa tomar Maxalt Max 10mg orales, en la primera media hora de inicio de dolor. Puede repetir toma pasadas 2 horas de la anterior, si no mejoría. No tomar mas de 2 al día.
Recomendación de vida sana, sueño regular y dieta equilibrada.
Aprender y practicar el manejo del estrés.

6. CONCLUSIONES

La migraña sigue siendo una incógnita sobre cual es la causa que la genera. Lo que sí se ha conseguido es tratarla cuando se producen las crisis, haciéndolas más soportables, gracias a los AINES y a los triptanes.

Con estos fármacos las crisis tienen menos duración y son de menor intensidad.

Se ha demostrado que hay una serie de factores, que se relacionan con la migraña. Dichos factores son determinados para cada paciente y no siempre derivan en crisis migrañosa.

Éstos pueden ser: estrés , ansiedad, depresión, ovulación, chocolate, ayuno, olores, estímulos visuales, altitud elevada…

7. BIBLIOGRAFÍA

Sara Riesco García. Revisión bibliográfica del tratamiento farmacológico de la migraña [Internet] Madrid, España: Facultad de Farmacia, Universidad Complutense de Madrid. [Fecha de consulta, 23 de Agosto de 2019]. URL disponible en http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/SARA%20RIESCO%20GARCIA.pdf

CADIME, Centro Andaluz de Información de Medicamentos [Internet]. Granada, España [Fecha de consulta, 24 de Agosto de 2019]. URL disponible en http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_32_3_.pdf

TEMA 121. LA INFLUENCIA DE LA NOCTURNIDAD EN LA SALUD.

- ERIKA RAMOS GARCÍA
- BEATRIZ CUBAS RODRÍGUEZ

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

Hoy en día , hay muchas profesiones que desempeñan sus funciones en el turno de noche, como es el caso de la profesión enfermera .

El trabajo nocturno tiene repercusiones diferentes en las personas que trabajan de noche, que en las personas que tienen un horario diurno; con lo que se ha hecho una revisión bibliográfica para ver la influencia del trabajo nocturno en las enfermeras/os.

Estas repercusiones pueden influir a familiares y amistades; y en el desarrollo del trabajo.

Las condiciones y el turno de trabajo pueden repercutir en la salud, tanto física como mental.

Los ritmos de trabajo presentan inconvenientes, puesto que dormir de día no es lo mismo que dormir de noche.

OBJETIVOS

Describir como la nocturnidad influye en la vida de los profesionales de la enfermería.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de la evidencia científica en diferentes bases de datos como Medline/PudMed, Elsevier, World Health Organization, Scielo y páginas web; Durante el periodo comprendido entre 2013 y 2019. Obtuvimos un total de 84 resultados de los cuales seleccionamos 15 por ajustarse a nuestro objeto de estudio.

RESULTADOS

Con todos los estudios analizados, se encontró que los trastornos del sueño forman parte de los desórdenes del ritmo circadiano, el principal problema, o por lo menos el más recurrente, que es presentados por los trabajadores es el insomnio.

Con una tasa de prevalencia de alteración del sueño, que oscila entre el 20 y el 90% en el caso de trabajadores nocturnos, frente a un 10% de trabajadores diurnos. Estudios de la OMS, establecen que cada quince años de trabajo nocturno se produce un envejecimiento de unos cinco años, y un tercio de la gente que lo realiza padece fatiga, neurosis, ulceras y alteraciones cardíacas.

Los principales problemas que presentan los profesionales de enfermería al trabajar en el turno de noche son insomnio, estrés, fatiga, síntomas depresivos,
También tiene dificultades para la conciliación de la vida familiar y laborar, que puede llegar a dar problemas psicosociales.

CONCLUSIONES

Se ha visto que a largo plazo los turnos diurnos son bastante menos perjudiciales para la salud; así como la percusión a nivel social en el personal de enfermería es mucho más bajo, ya que se pueden acoplar más fácilmente a los ritmos de las personas que no trabajan a turnos.

BIBLIOGRAFÍA

- Salavert E. Consecuencias en el turno de noche [Internet]. Webconsultas.; 2019 [acceso el 24 de septiembre 2019]. Disponible en: https://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/trabajo-y-tiempo-libre/trabajar-en-el-turno-de-noche-2362.
- Ramírez N. Riesgo de los turnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index Enferm [Internet] 2013 [acceso el 24 de septiembre en 2019]; 22 (3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000200008
- Cossio S. Consecuencias del Trabajo Nocturno en las Relaciones Familiares, Laborales, Personales y de Pareja de las Enfermería [Internet]. Universidad Nacional de Córdoba; 2010 [acceso el 24 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/cossio_selva.pdf

TEMA 122. OBESIDAD INFANTIL.

- BEATRIZ GARCÍA SERRANO
- MARÍA DE GRACIA RUIZ MORA
- MARTA ATIENZA CORREAS

ÍNDICE

- 1. DEFINICIÓN.
- 2. FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE LA OBESIDAD INFANTIL.
- 3. CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD INFANTIL.
- 4. TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.
- 5. CONCLUSIONES.
- 6. BIBLIOGRAFÍA.

1.-DEFINICIÓN

La obesidad infantil es una patología que se caracteriza por una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud.

El 99 % de los casos se produce como resultado de la combinación de una serie de factores ambientales, genéticos y psicológicos.

La OMS señala que es uno de los problemas de salud pública más graves del S. XXI.

2.-FACTORES DE RIESGO Y CAUSAS DE LA OBESIDAD INFANTIL.

- FACTORES AMBIENTALES

Una dieta baja en calorías con abuso de alimentos con alto contenido en grasas saturadas y azúcares y que suponga una ingesta energética superior a las necesidades reales durante un largo período de tiempo, tiene como resultado un aumento de la grasa corporal.

Ver la televisión es otro factor de riesgo para el desarrollo de obesidad porque además de ser una actividad sedentaria facilita que se siga comiendo.

El ordenador y las consolas también son actividades sedentarias que además sustituyen a otras como la realización de juegos al aire libre que sí consumen energía para mantener el equilibrio.

- FACTORES GENÉTICOS

El riesgo de que un niño sea obeso aumenta cuando sus padres también lo son(cuatro veces más posibilidades si uno de los padres es obeso y ocho si ambos lo son).

Aunque no solo interviene la genética, este factor tiene un peso muy importante en la salud del niño.

- FACTORES PSICOLÓGICOS

A veces los niños buscan en la comida un refugio o recompensa para mitigar sus frustraciones o carencias. Lo hacen cuando están tristes o inseguros, por estrés

o aburrimiento. Los alimentos que suelen ingerir en estas situaciones son alimentos ricos en calorías y con bajo valor nutricional.

- HABITOS APRENDIDOS

Los niños dejan de comer cuando tienen sensación de saciedad por la distensión gástrica pero algunos padres incitan a los niños a terminar con todo lo que hay en el plato. Esto ayuda a ignorar posteriormente la sensación de saciedad, aprendiendo a comer sin tener hambre.

- FACTORES MÉDICOS

Ciertos trastornos hormonales(como el hipotiroidismo) y ciertos medicamentos(como esteroides, antiepilépticos o antipsicóticos) pueden aumentar el apetito del niño, por lo que aumenta el riesgo de obesidad.

3.-CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD INFANTIL

Las consecuencias de la obesidad infantil pueden ser muchas, desde patologías físicas hasta psicológicas como:

- Problemas óseos y en articulaciones.
- Dificultades para la realización de ejercicios físico por la dificultad respiratoria.
- Alteraciones en el sueño.
- Madurez prematura. Los niños obesos pueden entrar antes en la pubertad o tener menstruaciones irregulares.
- Alteraciones hepáticas y/o cutáneas.
- Hipertensión, colesterol, enfermedades cardiovasculares o diabetes.
- Baja autoestima, depresión, cansancio, aislamiento o discriminación.
- Bulimia y anorexia nerviosa.

4.-TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN.

Para prevenir y tratar la obesidad infantil se debería instaurar un programa que asocie educación nutricional, aumento de la actividad física y modificaciones de la conducta y los hábitos.

La educación nutricional tiene como objetivo mejorar la sensibilidad a la insulina y prevenir o corregir alteraciones metabólicas o cardiovasculares asociadas. Es importante disminuir la ingesta de grasas y distribuir la energía a lo largo del día seleccionando los menús. Se aconseja una dieta equilibrada en la que el 50% sean hidratos de carbono, 30% grasas y 20% proteínas(de alto valor biológico) asi como un aporte de fibra y líquidos adecuado, evitando dietas restrictivas, sustitutivas o con deficiencias nutricionales.

El aumento de la actividad física tiene como objetivo aumentar el gasto energético. Es útil para mantener la pérdida de peso. Al niño hay que estimularle y animarle a que participe en actividades deportivas evitando así el sedentarismo así como el uso de consolas y televisión.

Las modificaciones de la conducta y hábitos tienen como objetivo introducir una costumbre en los alimentos que se compran. Los padres deben aprender que alimentos comprar y como prepararlos, así como enseñarle lo mismo al niño en la medida de lo posible.

Además deben dar pautas como, comer sentado, masticar despacio y no utilizar la comida como recompensa, siempre teniendo en cuenta los aspectos emocionales y evitando críticas y motivándole.

El tratamiento farmacológico y quirúrgico sería la última opción.

5.-CONCLUSIONES.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer enfermedades a edades más tempranas(diabetes y enfermedades cardiovasculares), así como disminución de la autoestima.

Estas enfermedades son prevenibles en gran medida evitando la obesidad desde la infancia.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/es/childhood/es/.
- Obesidad infantil. Disponible en https://www.webconsultas.com/obesidad-infantil.
- Benedito Pérez de Inestrosa T., Fernández García EM., Romero Sánchez FJP., Martínez Llobregat AJ. Obesidad infantil relacionada con hábitos de alimentación, actividad y ejercicio. SEMG, Octubre 2010; 132: 652-680.
- Obesidad en la infancia y adolescencia. Disponible en https://www.pediatríaintegral.es/publicación-2015-07/obesidad-en-la-infancia-y-adolescencia.
- La obesidad infantil. Disponible en https://www.guíainfantil.com/salud/obesidad/consecuencias.htm.

TEMA 124. ALIMENTACIÓN EN HEMODIALISIS.

- **ELENA CANO MATEO**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- PROPIEDADES Y MINERALES DE LOS ALIMENTOS A TENER EN CUENTA EN HEMODIÁLISIS
  - PROTEÍNAS Y GRASAS.
  - LÍQUIDOS Y SODIO.
    - CONSEJOS PARA LIMITAR EL CONSUMO DE LÍQUIDOS.
  - POTASIO
  - FÓSFORO.
- CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

El cumplimiento de una dieta apropiada para el paciente de hemodiálisis contribuye en gran medida al bienestar y la disminución de riesgo de comorbilidades y mortalidad de este tipo de pacientes.

La dieta para pacientes de hemodiálisis es compleja y exige muchas restricciones y privaciones alimentarias: baja en sodio, potasio y fósforo. Además, ha de ser una dieta relativamente alta en proteínas en comparación a al soporte nutricional que requieren los pacientes en tratamiento conservador pre diálisis. Ha de ser variada, nutricionalmente equilibrada y que asegure un aporte calórico adecuado.

La complejidad de este tipo de dieta suele causar confusión al paciente, y lo que puede generarle un estrés psicológico que a menudo implica incumplimiento de la dieta.

Por otra parte, algunos pacientes de hemodiálisis no reciben una educación nutricional adecuada bien por no tener acceso a un programa de orientación nutricional o en caso contrario, por ser éste demasiado confuso para personas de una edad muy avanzada o que carecen de conocimientos y hábitos necesarios para el seguimiento eficaz de dietas, y si consideramos las restricciones para diabéticos y personas con obesidad mórbida se hace más frustrante para ellos (por ejemplo, en lo referente a la medición de porciones, técnicas especiales para la preparación de alimentos o análisis nutricional de platos precocinados).

Por estos motivos es importante ofrecer al paciente de hemodiálisis la información acerca de la dieta que debe seguir de una manera sencilla y eficiente.

Con este objetivo presentamos una rueda alimentaria que muestra de manera clara y amena aspectos fundamentales de la dieta del paciente de hemodiálisis. La rueda agrupa los alimentos según su propiedades nutricionales (alimentos proteicos, alimentos farináceos, fruta, verdura. etc.) explicando de manera clara las medidas exactas de porciones diarias y semanales recomendadas de cada grupo.

También se indican advertencias acerca de alimentos que deben evitarse y limitarse, consejos para la preparación y cocción de los alimentos.(1)

- **PROPIEDADES Y MINERALES DE LOS ALIMENTOS A TENER EN CUENTA EN HEMODIÁLISIS**

PROTEÍNAS Y GRASAS

La e**nergía** se obtiene fundamentalmente de los **hidratos de carbono y las grasas**. Dado que los pacientes con insuficiencia renal presentan un mayor riesgo de tener una alta concentración de colesterol, es posible que le recomienden evitar los alimentos que tengan gran cantidad de grasas saturadas o colesterol. **Lea** detenidamente **las etiquetas de los alimentos** y determine la cantidad de grasas y colesterol que contienen. **Elija las grasas no saturadas** o las de mayor calidad, como las presentes en el aceite de oliva o el pescado. Si padece de diabetes, deberá tener mucho cuidado si come productos dulces. Seguir el asesoramiento de un nutricionista es de gran importancia, sobre todo en el caso de las personas con diabetes mellitus.

Si no consume la cantidad suficiente de hidratos de carbono y grasas, es posible que el organismo utilice las proteínas para obtener energía, con el riesgo de descomposición del tejido muscular para la liberación de proteínas.

Comer una cantidad insuficiente de proteínas puede provocar desnutrición, pérdida de peso, debilidad muscular y problemas de salud. La desnutrición es un riesgo grave al que se enfrentan los pacientes de diálisis. Antes de empezar el tratamiento con diálisis, es posible que su nefrólogo le haya indicado seguir una dieta baja en proteínas para conservar la función renal. Sin embargo, ahora tiene unas prioridades nutricionales diferentes. A la **mayoría de las personas que reciben tratamiento de diálisis** se les recomienda **comer tantas proteínas de 'alta calidad'** — pollo, pescado, ternera, etcétera — **como puedan.**

LIQUIDOS Y SODIO

Los líquidos ayudan a conservar la estructura del organismo, la actividad celular y la temperatura corporal.

Cuando los riñones dejan de funcionar, el organismo **no puede eliminar el exceso de líquidos** y se debe restringir la cantidad de líquidos que se ingiere a diario.

El cloruro de sodio (la sal) es esencial para la regulación del agua, la transmisión nerviosa y la función muscular. Cuando se ingieren alimentos salados, el organismo nos obliga a beber más. **Una cantidad excesiva de sodio puede provocar retención de líquidos**. A consecuencia de ello, se pueden producir **edemas** y un **aumento de la tensión arterial**, así como **dificultades para respirar**.

El sodio se encuentra fundamentalmente en la sal de mesa y los alimentos ya preparados como — por ejemplo — las salchichas, la comida enlatada y la pizza congelada; sin embargo, la sal también está presente, por ejemplo, en el pan, el queso y el jamón. Reducir la ingesta de sal le facilitará la restricción de la cantidad de líquido que toma a diario.

Cuanta más agua se debe eliminar durante la diálisis peritoneal, más incómoda le podrá resultar el tratamiento. Los líquidos se encuentran en todas las bebidas, pero también en alimentos como el jugo de carne y las sopas y también en salsas, la verdura y la fruta. Su **nutricionista** hablará con usted sobre la **cantidad de líquido que podrá tomar a diario.**

Restringir la ingesta de líquidos no resulta fácil, pero quizás no le parezca tan difícil como cree si sigue nuestros consejos.

CONSEJOS PARA LIMITARA EL CONSUMO DE LÍQUIDOS.

- Mantener una temperatura fresca le ayudará a reducir la sed, sobre todo durante los períodos calurosos. **Tomar bebidas frías** en lugar de bebidas calientes. Si siente sed entre las comidas, tome verdura y fruta fría a modo de tentempié.
- Si se le permite, tómese los comprimidos con salsa de manzana o jugo de carne.
- Si padece de diabetes, mantenga los niveles de glucosa en sangre que le haya indicado el médico. Un nivel elevado de glucosa en sangre le incrementará la sed.
- Utilice vasos más pequeños y **tome las bebidas a sorbos**.

- Combata la sequedad bucal: enjuáguese la boca con colutorios o cepillándose los dientes. **Chupar** caramelos duros o cuñas de **limón** o lima también le ayudarán a saciar la sed. También puede intentar congelar parte de la cantidad de agua permitida y chupar los cubos de hielo.
- **No añada sal a los alimentos**.
- **Evite los alimentos con alto contenido en sodio**, como la comida preparada, las salchichas, el queso y el salami.
- **Cocine con hierbas aromáticas y especias en lugar de sal**.
- **No emplee sucedáneos de la sal**. Contienen potasio en su lugar.
- **Evite los alimentos** en cuyas **etiquetas aparezca el sodio** entre los primeros cinco ingredientes.

POTASIO

- El potasio es un mineral importante para el funcionamiento neuromuscular y el metabolismo de las proteínas. Los riñones sanos eliminan el exceso de potasio del organismo. Unos **altos niveles de potasio pueden provocar debilidad muscular y un ritmo cardíaco irregular** que puede resultar peligroso.
- El potasio se encuentra fundamentalmente en frutas y verduras como los plátanos, los albaricoques y los tomates, y también en los productos lácteos y el chocolate. Su nefrólogo le podrá recetar **quelantes de potasio** para **evitar una alta concentración de potasio** en sangre.

CONSEJO PARA ELIMINAR EL POTASIO

- Puede eliminar parte del potasio de las **patatas y otras verduras** si antes las **pela, las corta y las pone a remojo** en un recipiente grande con agua durante varias horas. Recuerde sustituir el agua antes de cocinarlas

- Las bebidas isotónicas suelen tener una gran cantidad de potasio. Compruebe la etiqueta antes de tomarlas.

FÓSFORO

- El mineral que hay presente en el fosfato es el fósforo: actúa con el calcio para mantener la resistencia de los huesos y los dientes. Los riñones sanos eliminan el exceso de fósforo del organismo. Los procedimientos habituales que se llevan a cabo durante la diálisis no pueden eliminar todo el exceso de fósforo. (Puede no ser el caso en sesiones de diálisis prolongadas; consulte a su nefrólogo.) Una **concentración elevada de fósforo en sangreprovoca una descalcificación de los huesos**, lo cual los debilita. Esta patología recibe el nombre de **osteodistrofia renal.**

- Para prevenirla, es probable que su nefrólogo le recete **quelantes de fósforo**, un medicamento que deberá tomar con las comidas para que el medicamento se fije al fósforo y se excrete.
- **Limite la ingesta de alimentos ricos en fósforo**, como los productos lácteos, las nueces y las legumbres, a pesar de que sean alimentos con un alto contenido proteico. Su nutricionista le orientará sobre el modo en que puede reducir la ingesta de fósforo y mantener al mismo tiempo unos niveles de proteínas adecuados en su dieta.(2)

RECUERDE

- El seguimiento de una alimentación adecuada va a mejorar su calidad de vida y que el resultado de la diálisis sea mejor.

CONCLUSIONES

- Para conseguir una correcta alimentación en la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), es imprescindible que el paciente aprenda a manejar los alimentos para obtener de ellos los nutrientes necesarios, en cantidad y proporción adecuadas según el estadio en que se encuentre la enfermedad. La información sanitaria sobre aspectos nutricionales juega un papel muy importante en los pacientes con IRCT, ya que la nutrición repercute directamente en el progreso de la enfermedad.

- En los últimos años, estamos asistiendo a un incremento en la utilización de fuentes de información científica en internet por parte del paciente, sin que esta información esté verificada por parte de profesionales sanitarios, siendo más que frecuente, y así lo hemos constatado en nuestro estudio, la aparición de páginas webs con informaciones no contrastadas, emitidas por personas no expertas o dirigidas a ciertos intereses distintos a la promoción de la salud, pudiendo originar serios problemas de salud a las personas que sigan sus consejos, todo ello agravado por el desconocimiento general sobre la existencia de instrumentos evaluadores de la fiabilidad de las página web.

- Por otro lado, al evaluar el material impreso facilitado al paciente en la consulta de IRCT u otros centros sanitarios, encontramos que aportan al paciente información de calidad, segura, exacta y asequible, que además suele estar avalada por asociaciones científicas e incluso por organismos gubernamentales.
- Internet es un lugar de búsqueda de información muy amplio en el que no hay controles para publicar informaciones que reúnan criterios mínimos de calidad.
- Por tanto cualquier paciente que consulte sobre aspectos nutricionales, sin conocer cómo valorar la fiabilidad de la página que está consultando, puede correr riesgos al adquirir información sesgada o equívoca.

- Por tanto podemos concluir que al ser de vital importancia para el paciente la calidad de la información que recibe en relación a su nutrición, al tener este tema una repercusión inmediata sobre su estado de salud, es imprescindible que los profesionales de la salud dirijan a los pacientes a fuentes fiables y seguras de información, facilitándole su acceso, y prevenir de esta forma la aparición de complicaciones por prácticas inadecuadas que deterioren su estado de salud.(3)

BIBLIOGRAFÍA

1. Soto Vilca Antonia, Susenj Martina. Rueda alimentaria para pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis: recomendaciones dietéticas fundamentales. Enferm Nefrol [Internet]. 2013 [citado 2019 Ago 30] ; 16(Suppl 1): 214-214. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000500111&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000500111.
2. PAGINA WEB: https://www.nephrocare.es/pacientes/su-dieta/nutricion-para-pacientes-de-dialisis-peritoneal.html

3. Molina Casco Alejandro, López-Pardo Martínez Mercedes. Análisis del material didáctico para educación nutricional en pacientes con insuficiencia renal. Enferm Nefrol [Internet]. 2014 Dic [citado 2019 Ago 30] ; 17(4): 300-306. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000400009&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000400009.

TEMA 125. DIABETES MELLITUS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

- SABRINA ZANGO POZO
- NEREA MORAIS ÁLVAREZ
- MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

    1.1 Objetivo

2. METODOLOGÍA

3. DIABETES, breve historia.

4. RESULTADOS

5. CONCLUSIONES

6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1) está considerada como una de las patologías crónicas infanto-juveniles más frecuente, dando lugar a uno de los principales problemas de salud que afecta al mencionado grupo de población, a nivel mundial. [1]

Hablamos de una enfermedad cuya repercusión en niños ha ido en aumento de una manera preocupante en los últimos tiempos, particularmente comprometiendo a pequeños menores de 5 años. [2][3] En las afecciones de tipo crónico, es habitual que aparezcan varias complicaciones emocionales, un 36% de los afectados presenta alguna de ellas durante el primer año, depresión y ansiedad particularmente, frente a jóvenes no diabéticos. [4]

Debido a ello, es de importante relevancia establecer unas pautas a la hora de proceder al tratamiento, en cuál engloba, además de una correcta prescripción de la medicación al paciente, una estimulación hacia la práctica de ejercicio deportivo y una educación nutricional óptima, logrando así, un control adecuado de la enfermedad y previniendo posibles complicaciones a corto o medio-largo plazo.

Lo fundamental, es que el pediatra de Atención Primaria realice un diagnóstico precoz acertado para proceder a su tratamiento cuanto antes y esté preparado para afrontar tanto la evolución natural de la enfermedad como las posibles complicaciones que puedan manifestarse.

1.1 Objetivo

Con lo expuesto anteriormente, hemos basado nuestro objetivo en realizar una revisión sistemática para profundizar en las principales afecciones psicológicas asociadas a la DM1 en niños y adolescentes diagnosticados por dicha enfermedad y como ésta, involucra también a familiares y entorno social del enfermo.

También hacer hincapié, en qué se podría mejorar a la hora de tratar a los pacientes con DM1 y orientarlos en todos aquellos aspectos relacionados con su enfermedad y que puedan beneficiarles para conseguir una mejor calidad de vida.

2. METODOLOGÍA

Para conseguir el objetivo de éste capítulo, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática en alguna de las principales bases de datos científicas tales como Medline, Pubmed y Google Académico.

El periodo de búsqueda lo situamos entre el 28 de Agosto y el 10 de Septiembre de 2019. Palabras clave como: Diabetes Mellitus, historia de la diabetes, afección en niños, complicaciones en la diabetes…

Los artículos seleccionados para realizar nuestro trabajo, fueron aquellos que se centraban en el tema a desarrollar y que eran de mayor actualidad, descartando los que no cumplían estas condiciones.

3. DIABETES, breve historia

Los primeros indicios relatados sobre la diabetes, aparecen en el Papiro de Ebers (1500 a.C.), encontrado en Egipto, en él aparecen referencias de personas enfermas que bajaban de peso y que a su vez tenían una sed y ganas de comer de forma continua, como también la acción de orinar en gran cantidad. [5] [6] [7]

A lo largo de los siglos, distintas personalidades fueron poco a poco descubriendo factores importantes que orientaban hacia qué provocaba la Diabetes y cuales eran sus principales síntomas.

No fue hasta 1679, donde un médico inglés, Thomas Willis comprobó que la orina de un paciente diabético, tenía sabor dulce, en cambio otros no tenían sabor en su orina. [8] [9]

A partir de ahí se diferenciaron dos tipos de diabetes: Pacientes con orina dulce y que afectaba a un mayor grupo de pacientes, lo denominó Diabetes Mellitus (miel en latín) y a los pacientes con orina no dulce, Diabetes insípida.

En 1778, Thomas Cowley realizando una autopsia a un diabético, evidenció un páncreas atípico, malformado y a partir de aquí se empieza a relacionar la Diabetes Mellitus con el páncreas. [6] [7]

Hasta entonces la función pancreática sólo se atribuía a funciones digestivas, pero en 1867, Paul Lagerhans, patólogo y analista alemán, descubre en el páncreas de un mono, una especie de islotes celulares distintos a los relacionados con la digestión y cuya función se desconoce. [7]

Hubo que esperar hasta mediados del siglo XIX para que se empezara a esclarecer la funcionalidad del páncreas como una glándula que podía reducir los niveles de azúcar en la sangre.

En 1893, Edouard Laguesse, expuso que los racimos celulares pancreáticos, a los que denominó «islotes de Lagerhans», pertenecían a la parte exocrina del páncreas. Le siguió, Jean de Meyer, denominando a la sustancia que procedía de dichos islotes como «insulina» (islote en latín «insulia»), y se creía la hipótesis de que funcionaba como elemento hipoglucemiante. [8] [9]

Tras años de hipótesis e investigaciones, estudiando páncreas diseccionados de animales, tratamientos basados en la dieta…, los pacientes con DM seguían sin sobrevivir.

Los canadienses Frederick G. Bantin y Charles H. Best en 1921, consiguieron extraer el líquido pancreático proveniente de los islotes e inyectándoselo a una perrita con diabetes inducida, observaron cómo a las 2 horas bajó su valor glucémico: habían descubierto la insulina y su función, lo que les supuso un premio Nobel en 1923, al cual renunciaron, vendiéndoselo a la Universidad de Toronto por «un dólar». [8] [9] [10]

Las primeras insulinas se obtienen del páncreas de animales, pero esta práctica suponía un riesgo peligroso por no tratarse de un producto de calidad salubre.

Sanger, ayudado por sus colaboradores, consiguió obtener, tras meses de estudio, la estructura de la insulina, recibiendo por ello el premio Nobel de Medicina en 1955. [8] [9] [10]

Pronto la industria farmacéutica se aventuró en la elaboración de insulina humana utilizando bacterias para clonar genes, convirtiendo a la insulina en el primer producto comercial de estas características.

El primer fármaco por vía oral para el tratamiento de la diabetes, fue la sulfonilurea y lo introdujeron, Janbon y Colleague, en 1958.

Hubo años de controversias con los apelativos de las distintas Diabetes hasta que en 1997, expertos de la OMS y la Asociación Americana de Diabetes (ADA), las clasificaron en: DM tipo1, DM tipo2, diabetes gestacional y otros tipos específicos. [11]

4. RESULTADOS

La Diabetes Mellitus se caracteriza por la asociación de una serie de enfermedades de tipo metabólico como es la hiperglucemia crónica, la cual, es provocada por la deficiencia en la secreción de insulina y/o la acción de la misma. [12]

El déficit de insulina en los enfermos de DM1, se debe a que las células beta del páncreas, son atacadas mediante mecanismos autoinmunes del paciente, dando lugar a la hiperglucemia, que mantenida en el tiempo pueden adicionar complicaciones micro- y macrovasculares, entre otras. [13]

Lo mas conveniente ante la posibilidad de padecer una DM1 es la detección y el diagnóstico inmediato, su demora puede derivar en consecuencias graves como la cetoacidosis. Por lo tanto, la actuación precoz y apropiada por parte del pediatra de Atención Primaria en cuanto a diagnóstico, tratamiento y prevención de posibles complicaciones, es lo principal para asegurar una mejora en la calidad de vida del paciente.

Es de suma importancia, sospechar ante posibles síntomas que puedan presentar la enfermedad en alguna forma menos frecuente a la habitual y que pueda despistar en el diagnóstico, sobre todo en niños en temprana edad.

Como ya comentamos en la introducción del capítulo, las enfermedades crónicas suelen asociarse con la aparición de una sobrecarga emocional para el paciente, como: concienciarse de vivir siempre con la enfermedad, visión de futuro, pasar temporadas de hospital, cambios en cuanto a las relaciones interpersonales, perjuicios externos…

Además de todo esto, lo que supone, cuidados diarios de alimentación, tratamiento diario constante, controles de niveles de glucosa, falta de apoyo continuado en el tiempo de profesionales y entorno en general. [14]

Todos estos cambios importantes en la vida del paciente, lo obligan a poner en marcha un proceso de adaptación ante su nueva situación, pero el grado de afectación variará en cada caso particular.

A partir de aquí, existen estudios que revelan la existencia de varios factores que inciden en la no adaptación de los pacientes con DM1, entre los que se encuentran: edad, sexo y etapa vital en la que se diagnostica la enfermedad , síntomas psicológicos como ansiedad, capacidad para gestionar la enfermedad, entorno familiar, social… Así como también miedos a la aparición de diversas consecuencias por las posibles hipoglucemias, impotencia por no tener mas opciones terapéuticas que la administración de insulina exógena, puesto que otros tratamientos aún están en fase de investigación. [15] [16]

El grupo de edad en el que más incide la DM1 se encuentra en torno los 10 – 15 años, ya de por sí, es una etapa de gran evolución y desarrollo personal, si además añadimos un diagnóstico de DM1 supone para estos jóvenes un hecho estresante con la posibilidad de acarrear problemas psicológicos. [15] [16]

El riesgo de desarrollar un trastorno psicológico (depresión, ansiedad o trastorno de conducta alimentaria), en pacientes infanto-juveniles con DM1, supone una incidencia 3 veces mayor que un joven no diabético. [17] [18] [19]

La afección psicológica más común, que afecta ligeramente al 14% de los jóvenes y de manera mas severa al 8,6% de estos, es la depresión. [16] [20]

El estado depresivo pasa por varias fases, donde es mayor, en los primeros años tras el diagnóstico y después de 10 años de padecer la enfermedad. Dicho trastorno afecta negativamente en el paciente, desatendiendo sus labores de autocuidado, de controles de glucosa o provocando inapetencia frente al ejercicio físico, lo que conducirá a un agravamiento de la enfermedad. [21]

La ansiedad, la padece el 20% de los niños diabéticos, este trastorno es el segundo mas frecuente, teniendo en cuenta que el 42% de los jóvenes afectados por DM1 desarrolla una alteración psiquiátrica. Si este desajuste emocional, persiste en el tiempo, los continuos controles de glucosa les producirán estrés, y por tanto los realizarán de forma deficiente y se verán afectadas la adaptaciones personales, escolares, familiares y/o sociales. [4] [17]

En la adolescencia, la autoestima se ve afectada negativamente en pacientes con DM1, factor a tener en cuenta a la hora de tratarles.

Es importante saber que estos jóvenes deben mantener unos hábitos alimentarios bastante estrictos y no fáciles de llevar, de hecho entre el 31-36% de chicas con DM1 se desencadena una anorexia nerviosa por conducta intencionada de restricción de insulina, con posibilidad de provocar hiperglucemias y pérdida de peso. [17]

Otros factores influyentes en la adaptación de esta enfermedad, engloban además de al propio paciente a su entorno. Hablamos de ello a continuación.

El control metabólico es la preocupación principal para el paciente y familiares directos de DM1, juntos se coordinan para conseguir alcanzar un buen estado de salud del afectado, compartiendo responsabilidades y colaborando en la toma de decisiones que garanticen un correcto proceder ante la enfermedad. Se denomina autogestión. [17]

Otro factor, es la autoeficacia en la que el paciente es consciente de lo que implica una enfermedad crónica como la DM1, y teniendo esta habilidad sabrá gestionar su día a día con sus controles glucémicos, alimentación adecuada, y mantener una buena conducta ante familiares y entorno social. [17]

Las relaciones interpersonales suelen verse afectadas en estos pacientes, incidiendo mas o menos según la edad de diagnóstico o la autoeficacia de cada uno. Suelen padecer temores por miedo al rechazo y por ello, ocultar su enfermedad, lo que les lleva a vulnerar intencionadamente el tratamiento indicado por su pediatra, y sus consiguientes consecuencias. [17]

En definitiva, un tratamiento adecuado para el manejo de la DM1, engloba: un diagnóstico precoz, unas pautas correctas de toma de insulina, y a partir de aquí, todo un proceso de educación diabetológica, tal como el control glucémico óptimo, la nutrición adecuada y la práctica de ejercicio, fundamentalmente.

5. CONCLUSIONES

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, podemos determinar que para mejorar la calidad de vida de un paciente, niño o adolescente, con DM1, se debe actuar desde el primer momento en el que se evidencian síntomas propios o posibles sospechas ante dicha enfermedad.

Todo empezaría de forma sencilla y rápida (si no se trata de un caso de urgencia tipo hipo/hiperglucemia o cetoacidosis), con una visita al pediatra de Atención Primaria que actuará de dos formas: si existen síntomas típicos (poliuria, polidipsia…) un simple pinchacito digital que demuestre una glucosa superior a 200 mg/dl en cualquier momento del día, implicaría un diagnóstico de diabetes.

En el caso de no existir unos síntomas claros se procedería a un proceso analítico en condiciones basales (en ayunas y valorando que no padezca ninguna enfermedad o tomando ningún medicamento que pueda influenciar en la glucemia).

A partir de este momento en el que el joven paciente es diagnosticado, la indicación únicamente de un tratamiento farmacológico, resulta insuficiente para conseguir el objetivo de mejorar su calidad de vida a largo plazo.

Se debería insistir en un tratamiento continuo que implicase tanto la **insulino-terapia**, como la **motivación hacia el ejercicio** y **la educación nutricional**.

Al igual, que de tratarse de un enfermedad crónica que afecta a pacientes en pleno desarrollo (físico, funcional, psicológico…) sería de suma importancia facilitarles un **apoyo psicológico** tanto al niño o joven, como a sus familiares con los que conviva.

Todos estos factores, ayudarían a lo largo de su vida al paciente con DM1, evitando o reduciendo el riesgo de padecer males mayores.

Tanto los pequeños como sus familias deberían adaptarse a los requerimientos propios del tratamiento, con el fin de favorecer el desarrollo y fomentar las capacidades necesarias para alcanzar la edad adulta en las condiciones mas sanas y favorables.

Por todo esto, pensamos que es fundamental insistir en que tan importante es un diagnóstico precoz y un correcto tratamiento farmacológico de pacientes jóvenes con DM1 , como el conocimiento de las posibles afecciones que surjan, ya no sólo por complicaciones directas de la propia enfermedad, si no cualquier trastorno psicológico que les pueda suponer, y es ahí, donde no deberían verse desamparados ni los pacientes (infantojuveniles) ni sus familias.

Por su parte, pacientes y familiares deben comprometerse a seguir adecuadamente las pautas aconsejadas, que no impuestas, por el facultativo que les trate, y así hacer que la vida del paciente con DM1, sea mas saludablemente llevadera.

6. BIBLIOGRAFÍA

[1] Mora E, Beléndez M, Ballester MJ, Giralt P, Contreras MR. Evaluación de la calidad de vida en niños y adolescentes con diabetes tipo 1. Av Diabetol. 2005; 21:151-60.

[2] EURODIAB ACE Study Group. Variations and trends in incidence of childhood diabetes in Europe. Lancet. 2000; 355:873-6.

[3] Maahs DM, West NA, Lawrence JM, Mayer-Davis JE. Epidemiology of 2009;10 (Suppl. 12):3-12. Type 1 Diabetes. Endocrinol Met Clin N Am. 2010; 39:481-97.

[4] Martínez MJ, Lastra I, Luzuriaga C. Perfil psicosocial de niños y adolescentes con diabetes mellitus. Bol Pediatr. 2002; 42:114-9.

[5] MacFarlane, Ian (1990). «Mathew Dobson of Liverpool (1735-1784) and the history of diabetes» [Mathew Dobson de Liverpool (1735-1784) y la historia de la diabetes]. Practical Diabetes International (en inglés) (John Wiley & Sons, Ltd.) 7 (6): 246-248.

[6] Sanchez Rivero, Germán (2007). «Historia de la diabetes». Gaceta Médica Boliviana (Cochabamba, Bolivia) 30 (2): 74-78.

[7] Stylianou, Charilaos; Kelnar, Christopher (2009). «The introduction of successful treatment of diabetes mellitus with insulin» [La introducción del exitoso tratamiento de la diabetes mellitus con insulina]. J R Soc. Med (en inglés) (Escocia, Reino Unido) 102 (7): 298-303.

[8] Pathak Anuj Kumar; Sinha Praveen Kumar; Sharma Janardan (2013). «Diabetes – A historical review» [Diabetes - Una revisión histórica]. Journal of Drug Delivery & Therapeutics (en inglés) (Jharkhand, India: JDDT) 3 (1): 83-84.

[9] White Jr, John R. (2014). «A Brief History of the Development of Diabetes Medications» [Una historia breve del desarrollo de los medicamentos para la diabetes]. Diabetes Spectrum (en inglés) (American Diabetes Association) 27 (2): 82-86.

[10] de Leiva, Alberto; Bruguésy, Eulàlia; de Leiva-Pérez, Alejandra (2011). «El descubrimiento de la insulina: continúan las controversias después de noventa anos». Endocrinol Nutr (Elsevier España) 58 (9): 449-456.

[11] Francisco Javier Tébar Massó; Mercedes Ferrer Gómez (2014). «Concepto, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus». Tébar Massó, Francisco Javier, ed. La Diabetes en la Práctica Clínica (eBook) (1 edición). Ed. Médica Panamericana.

[12] Craig ME, Hattersley A, Donaghue KC. ISPAD Clinical Practice Con- sensus Guidelines 2009 Compendium. Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents. Pediatric Diabetes 2009; 10 (Suppl. 12):3-12.

[13] Liese AD, D´Agostino RB, Hamman RF, Kilgo PD, Lawrence JM, Liu LL et al. The burden of diabetes mellitus among US youth: prevalence estimates from the SEARCH for Diabetes in Youth Study. Pediatrics. 2006; 118:1510-8.

[14] Rubio E, Pérez MA, Conde J, Blanco A. Diferencias conductuales y emocionales entre grupos de enfermos crónico infanto-juveniles. Anu psicol clín salud. 2010; 6:23-34.

[15] Bazán J. Problemas psicológicos del nino˜ diabético. En: 13◦ Congreso Virtual de Psiquiatria.com. Interpsiquis 2012. Disponible en: http://hdl.handle.net/10401/5390

[16] Anarte MT, Machado A, Ruiz de Adana MS, Caballero F. Ansiedad, depresión y otras variables en pacientes con diabetes mellitus tipo 1. Ansiedad y estrés. 2012;16:13-31.

[17] Whittemore R, Jaser S, Guo J, Grey M. A conceptual model of childhood adaptation to type 1 diabetes. Nurs Outlook 2010; 58:242-51.

[18] Grey M, Whittemore R, Tamborlane W. Depression in type 1 diabetes in children: Natural history and correlates. J Psychosom Res. 2002; 53:907-11.

[19] Lustman PJ, Clouse RE. Depression in diabetes: The chicken or the egg? Psychosom Med. 2007; 69:297-9.

[20] Lawrence JM, Standiford DA, Loots B, Klingensmith GJ, Williams DE, Ruggiero A, et al. Prevalence and correlates of depressed mood among youth with diabetes: The search for diabetes in youth study. Pediatrics. 2006;117:1348-58.

[21] Gonzalez JS, Fisher L, Polonsky WH. Depression in diabetes: Have we been missing something important? Diabetes Care. 2011; 34:236-9.

TEMA 126. EFECTOS DEL PILATES CLÍNICO SOBRE EL EQUILIBRIO Y LA MARCHA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

- SONSOLES AGÜERIA ÁLVAREZ
- SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y MÉTODOS
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La Esclerosis Múltiple (EM) es la enfermedad inflamatoria desmielinizante más frecuente en el adulto joven, pudiendo ser episódica o progresiva.

Las lesiones que provoca pertenecen a las esferas sensoriomotora, cognitiva y/o esfinteriana.

España presenta una prevalencia alta, 60/10000 hab., predominando el sexo femenino 2:1, y siendo la edad de comienzo entre los 20 y los 40 años.

Es una enfermedad multifactorial, donde se ven implicados factores genéticos y ambientales, y en el 15% de los casos se encuentra un antecedente familiar.

Diversos estudios de migración confirman el componente ambiental, adquiriendo los migrantes menores de 15 años el riesgo del país de destino, mientras que los mayores de 15 años mantienen el riesgo del país de origen.

INTRODUCCIÓN

Presenta episodios agudos de déficit neurológico (sin afectación contigua del SNC), separados por periodos de remisión.

Esta remisión es inicialmente completa, pero a medida que se producen las crisis, se va tornando en recuperación parcial.

Se considera un brote la aparición de signos o síntomas de déficit neurológico de más de 24 horas de duración.

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es conocer si el ejercicio terapéutico a través del pilates repercute de forma positiva en la mejora del equilibrio y la marcha en pacientes con Esclerosis Múltiple diagnosticada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Revisión Bibliográfica

Criterios de inclusión:

1. Artículos que traten el objetivo propuesto
2. Artículos publicados en fechas posteriores al 2010
3. Artículos publicados en inglés y en español
4. Artículos que sean ECA o Revisión Sistemática

MATERIAL Y MÉTODOS

Estrategia de búsqueda: Búsqueda sistemática en diferentes bases de datos, Pubmed, Cochrane, pedRO, a través de una serie de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y el operador boleano “AND”

Artículos seleccionados: 13

RESULTADOS

Tras la lectura de los 13 artículos seleccionados, podemos concluir:

1. El entrenamiento a través del pilates clínico ofrece resultados mejores y más efectivos si se practica de forma habitual, en cuanto a la resistencia al caminar, equilibrio, fatiga respiratoria y función cognitiva en pacientes con EM (p=0.001, p=0.028, p=0,037/0.008, p=0.001/0.007, respectivamente para cada valor).
2. El test “Time up and go” de grupos que realizan pilates clínico, es 2’8 segundos más rápido de media, frente a grupos que realizan terapia convencional.

RESULTADOS

3. Se pueden observar mejoras significativas referentes al equilibrio, la movilidad y la fuerza tanto de miembros superiores como inferiores ($p < 0.05$), significando esto último que a más fuerza muscular, mejor control y más capacidad de estabilización del paciente.

CONCLUSIÓN

El pilates clínico es una herramienta útil en el tratamiento del paciente con Esclerosis Múltiple, pudiendo ser un complemento de la fisioterapia neurológica habitual, con el que consigamos que el paciente se involucre en la misma con un enfoque distinto al que ofrece la terapia convencional.

El paciente podrá realizar una serie de ejercicios pautados de manera habitual en casa, sin necesidad de desplazamiento al centro de tratamiento, lo que supondrá que en las ocasiones en las que el paciente no se encuentre en condiciones de abandonar su domicilio, podrá realizar parte de la terapia, siendo esto vital para conseguir la estabilización de los síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stokes M. Fisioterapia en la rehabilitación neurológica. 2 Ed. London (UK): Elsevier Mosby; 2004.

2. Macías Jiménez AI, Cano de la Cuerda R. Revisión del tratamiento en pacientes con Esclerosis Mñultiple. Fisioterapia 2007;29(1):36-43.

3. Abasıyanık Z, Ertekin Ö, Kahraman T, Yigit P, Özakbaş S. The effects of Clinical Pilates training on walking, balance, fall risk, respiratory, and cognitive functions in persons with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. Explore 2019.15(4).pp. 245-322.

BIBLIOGRAFÍA

4. Duff WRD, Andrushko JW, Renshaw DW, Chilibeck PD, Farthing JP, Danielson J, Evans CD. Impact of Pilates Exercise in Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial. Int J MS Care. 2018;20(2):92-100.

5. Guclu-Gunduz A, Citaker S, Irkec C, Nazliel B, Batur-Caglayan HZ. The effects of pilates on balance, mobility and strength in patients with multiple sclerosis. NeuroRehabilitation. 2014;34(2):337-342.

TEMA 127. QUEMADURAS.

- **MIRIAM DE LA RIVA L ARIO**

ÍNDICE

- INTRODUCCION.
- CLASIFICACIÓN.
- CAUSAS.
- VALORACIÓN DE LA EXTENSIÓN DE UNA QUEMADURA.
- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCIÓN

Definición

Las quemaduras pueden definirse como el resultado de un traumatismo de naturaleza física o química que induce la desnaturalización de las proteínas tisulares provocando la necrosis y destrucción de los tegumentos.

CLASIFICACIÓN

Generalmente la clasificación de las quemaduras se hace e n virtud de la profundidad de las mismas, así podemos distinguir:

- **Quemaduras de 1º grado o epidérmicas:** afectan a los estratos más superficiales de la piel sin alcanzar la dermis.

- **Quemaduras de 2º grado o dérmicas:** alcanzan la dermis:

*Dérmicas superficiales: afectan a las capas más superficiales de la dermis.

*Dérmicas profundas: afectan a todo el espesor de la dermis.

- Quemaduras de 3º grado o subdérmicas: afectan a todo el espesor de la piel. Algunos autores distinguen entre quemaduras subdérmicas superficiales si no se dañan las estructuras no cutáneas o subdérmicas profundas si hay daño de grasa, tendones, músculo u otros órganos. En cualquier caso esta diferenciación no influye en la actitud terapéutica.

CAUSAS

Las causas de las quemaduras pueden ser múltiples y diversas. El conocimiento del mecanismo causal es fundamental para poder llevar a cabo una primera apreciación de los daños y para establecer una estrategia diagnóstico terapéutica. Entre estas causa podemos distinguir:

1. **Quemaduras térmicas:** Escaldaduras, llama, sólidos calientes, exposición solar y explosión.
2. **Quemaduras eléctricas:** Caracterizadas por la existencia de una lesión de entrada y otra de salida.

3. Quemaduras Químicas: Quemaduras por ácidos y quemaduras por álcalis.

4. Quemaduras por radiación.

5. Quemaduras por congelación.

VALORACIÓN DE LA EXTENSIÓN DE UNA QUEMADURA

El pronóstico de las quemaduras se relaciona directamente con dos de sus características fundamentales: la extensión y la profundidad. Las quemaduras de 1º grado normalmente no se valoran en su extensión en un gran quemado exceptuando aquellos casos en los que la extensión sea verdaderamente importante o aparezcan síntomas o compromiso del estado general.

Existen múltiples escalas para valorar la extensión de una quemadura, pero a efectos prácticos la más usada es la regla de los 9, que asigna a cada región corporal un valor.

REGLA DE LOS 9

- Cabeza y cuello: 9%
- Tronco anterior: 18%
- Tronco posterior: 18%
- Miembro superior: 9%
- Miembro inferior: 18%
- Periné: 1%

BIBLIOGRAFÍA

. Jiménez Murillo, L; Montero Pérez. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elservier;2010.

.Manual de enfermería médico-quirúrgica. Mosby/doyma.

. Miguel Rivas Jiménez. Manual de urgencias. 2ª Ed. Madrid: Editorial Médica Paraamericana.2010

TEMA 128. VIGOREXIA.

- GEMA MARIA BERNAL ALONSO

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 129. POSIBLES ENFERMEDADES EN LOS TRABAJOS DE CARPINTERIA EN SANIDAD.

UBALDO MERINO RODRIGUEZ

ÍNDICE

PROBLEMÁTICA DE SALUD :

- PROBLEMAS RESPIRATORIOS
- PROBLEMÁTICA MUSCULOESQUELETICA
- PROBLEMAS DE LA DERMIS

PROBLEMAS RESPIRATORIOS.

Para entender la relación del trabajo del carpintero y los problemas respiratorios, cabe introducir una breve explicación del sistema respiratorio y su estructuras.

El aparato respiratorio estas formado por la vías aéreas y por los pulmones. A través de las vías aéreas el aire circula en direccion a los pulmones y es en estos organos donde se realiza el intercambio de gases.

El carpintero en ese proceso de inhalación se ve en ocasiones expuesto a agentes que le hacen contraer enfermedades y problemas de salud a causa del trabajo realizado .

¿QUE PAPEL JUEGA LA MADERA COMO MATERIAL EN ESTA PROBLEMÁTICA DE SALUD?

El carpintero tiene en la madera la materia prima y principal material sobre el que trabaja, (a esto se unen también sus derivados: tableros aglomerados).

La madera tiene presencia de sustancias químicas nocivas, que podemos diferenciar en:

Propias:
Hongos y bacterias, resina, alcaloides y colorantes naturales

Ajenas:
Productos químicos aplicados por el hombre como antifúngicos, insecticidas o sustancias propias de la actividad industrial como barnices o colorantes

Al desarrollar su trabajo el carpintero corre el riesgo de inhalación de partículas de polvo de la madera, aspecto que de manera continuada puede generar:

- Estornudos
- Rinitis
- Epistaxis
- Asma

Segun el NIH (Instituto nacional del cáncer), “se han observado relaciones fuertes y sistemáticas entre la exposición y los cánceres de senos paranasales y de cavidad nasal tanto en estudios con personas cuyas ocupaciones estaban asociadas con la exposición al polvo de madera , como en estudios que calcularon directamente la exposición al polvo de madera”.

NOTAS DE INTERES PARA EL PROFESIONAL CARPINTERO:

Real Decreto 349/2003, de 21 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 665/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo, y por el que se amplía su ámbito de aplicación a los agentes mutágenos.

Entre sus novedades:

La introducción en el anexo 1, lista de sustancias, preparados y procedimientos, de un nuevo apartado referido a los trabajos que supongan exposición a polvo de maderas duras.
La introducción en el anexo III, cuadro con los valores límite de exposición profesional, del cloruro de vinilo monómero y del polvo de maderas duras.

PROBLEMÁTICA MUSCULOESQUELÉTICA

Realizaremos una breve introducción del sistema musculo esquelético también conocido como Aparato Locomotor.

Ejerce la función de promover que el cuerpo pueda moverse. Y de esa forma interactuar con lo que se encuentra a su derredor. El mismo tiene su formación mediante dos sistemas que son el óseo y el muscular.

Existen diversos factores que contribuyen a la sobrecarga musculo esquelética en el trabajo diario del carpintero en centros sanitario, reseñamos los más habituales:

- Manejo manual de materiales
- Falta de elementos auxiliares de transporte menor
- Movimientos repetitivos
- Las posturas incorrectas de trabajo que no posibilitan cambios de postura en el desarrollo de las tareas.

PROBLEMAS DE LA DERMIS

La piel es el órgano más grande que tenemos en el cuerpo y sus funciones principales son:

- Protegernos y proporcionarnos la información del exterior que necesitamos
- Mantener el calor en el interior del organismo
- Depurar las sustancias tóxicas a través de los poros
- Ejercer una labor inmunitaria a través de las glándulas sebáceas
- Ofrecernos información importante del interior de nuestro organismo

Cabe esta breve introducción dela naturaleza de la piel y sus funciones para luego poder comprender la problemática que el carpintero puede encontrar en el desarrollo de su trabajo al estar en contacto la dermis con componentes químicos de la madera.

- Se pueden producir por la exposición en a amoniacos, disolventes, resinas pegamentos:

- Dermatitis irritante
- Dermatitis sensibilizantes
- Alergias
- urticaria

BIBLIOGRAFÍA

PAGINAS WEB

https://tucuerpohumano.com
https://www.cancer.gov/
https://www.construmatica.com
https://www.boe.es

DOCUMENTOS WEB

www.alergomurcia.com/

Alejandro Sansosti Agustín : Enfermedades alérgicas por maderas. Servicio de Alergología Hospital Universitario "Vírgen de la Arrixaca" Murcia – España Marzo 2009)

TEMA 130. TRASTORNO DE PÁNICO.

- **JAIR MARTÍNEZ DÍAZ**
- **MARIA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ**
- **SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ETIOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO
- SÍNTOMAS
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico se caracteriza por ataques de pánico inesperados, recidivantes, durante por lo menos un mes, acompañados de preocupación por su recidiva o sus consecuencias. Los ataques son de comienzo repentino, con intensos síntomas físicos y cognitivos de ansiedad y pueden tener desencadenantes específicos o aparecer inesperadamente. Los ataques de pánico se caracterizan por tener temor a cierto desastre o miedo a perder el control, o por la evitación de situaciones que pueden desencadenar las sensaciones de pánico.

Las crisis de pánico aisladas son bastantes frecuentes en la población general. En la mayoría de los casos, quienes las experimentan no les dan mayor importancia. Las consideran como una especia de pesadilla y las atribuyen a que se han puesto nerviosos o a otras causas nada preocupantes. Pero, en algunos casos, la persona que experimenta una crisis se queda preocupada por ella y con temor a experimentar nuevas crisis o las sensaciones internas relacionadas con ellas. Si ese temor es lo suficientemente fuerte para crear emociones y conductas contraproducentes, se considera que la persona afectada padece un trastorno de pánico.

ETIOLOGÍA

- Factores genéticos: el riesgo de trastorno de pánico se quintuplica entre familiares de primer grado. Es probable que múltiples genes contribuyan a este riesgo.

- Factores ambientales: los ataques de pánico, por definición, se producen inesperadamente. No obstante, aparecen en un contexto y ciertas características del medio pueden desencadenar síntomas intensos de ansiedad.

- Factores psicológicos: conductas aprendidas de escape y evitación mantienen el trastorno, la sensibilidad a la ansiedad o la tendencia a malinterpretar los síntomas físicos como peligrosos, son factores psicológicos de riesgo

DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico se basa en los antecedentes relatados por el paciente, la entrevista y la observación de la conducta. Hay tres características clave:

1. Son recurrentes, aparecen inesperadamente y alcanzan su máximo en pocos minutos.
2. El temor o la aprensión se centran en las consecuencias fisiológicas o psicológicas de las sensaciones de pánico.
3. Se adoptan conductas de evitación o de seguridad a fin de reducir al mínimo experiencias futuras

- Para su diagnóstico, la persona debe experimentar un ataque de pánico inesperado, seguido de un período de un mes de preocupación sobre la recurrencia del ataque o sobre las consecuencias del mismo o un cambio de conducta debido al ataque. Son más frecuentes en mujeres y, en general, comienzan entre los 20-25 años.

SÍNTOMAS

- Palpitaciones, latidos cardíacos fuertes, taquicardia
- Sudoración
- Temblores
- Disnea, sensaciones de sofocación
- Sensaciones de ahogo
- Dolor o molestia precordial
- Náuseas, molestias abdominales
- Mareos, inestabilidad, sensación de desmayo
- Desrealización, despersonalización
- Miedo de perder el control o de enloquecer
- Miedo de morir
- Sensaciones de adormecimiento u hormigueo
- Escalofríos, sofoco.

TRATAMIENTO

Es uno de los trastornos de ansiedad más tratables. El enfoque terapéutico consiste en farmacoterapia para controlar los síntomas y en terapia cognitivo-conductual para aprender a controlar los síntomas entre otras cosas. También es importante la participación de familiares a fin de ayudar a aumentar al máximo el cumplimiento terapéutico del paciente. Se deben controlar el estado funcional y las conductas de evitación para evitar recaídas.

Ambos disminuyen significativamente los síntomas de ansiedad y las alteraciones funcionales en pacientes con trastornos de ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Roca L. Cómo superar el pánico (con o sin agorafobia). 4ª ed. Valencia: ACDC; 2015
- Osma J, García-Palacios A, Botella C. Personalidad y trastorno de pánico: un estudio de revisión. Anal. Psicol. [Internet]. 2014 Mayo [citado 2019 Sep 25] ; 30(2): 381-394. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000200001&lng=es. http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.150741
- Cano V, Antonio, Mae Wood, Cristina, Dongil, Esperanza, Latorre, José Miguel. El trastorno de pánico en atención primaria. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2011;32(3):265-273. Recuperado de: http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/77822236007

- Adela-Emilia Gómez Ayala. Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. Elsevier. 2012; 26 (6): 32-39

TEMA 131. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DEL HEPATOCARCINOMA.

- JOSE ANTONIO MARTÍNEZ OTÓN

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **FACTORES DE RIESGO**

INTRODUCCIÓN

El CHC se considera la causa de entre 250.000 y un millón de muertes al año, siendo su incidencia anual estimada de 6 casos por cada 100.000 (1). Su distribución mundial es muy heterogénea y está altamente relacionada con la prevalencia de los distintos factores de riesgo implicados en el desarrollo de la enfermedad hepática crónica(2).

Atendiendo a los datos analizados por el Programa para la Supervivencia, Epidemiología y resultados llevado a cabo por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, la incidencia del CHC continuará subiendo hasta el año 2030, aunque de forma desigual(3).

Por una parte, la población hispana, los afroamericanos y los caucásicos, procedentes de las zonas más pobladas de América, Europa y Rusia, tienen una estimación de crecimiento de la incidencia marcado principalmente por la Hepatitis C, que aunque en descenso en la actualidad, todavía marcará el devenir de las hepatopatías avanzadas residuales pese al tratamiento; pero además, otros factores de riesgo endémicos como el alcoholismo, o los desórdenes metabólicos asociados principalmente a la enfermedad por depósito graso, serán causa de este crecimiento de la incidencia(4).

Sin embargo, todas estas zonas, y en gran medida por el desarrollo de programas específicos para el control de factores de riesgo, tienen una incidencia actual considerada como intermedia o baja(5).

La incidencia es máxima en las poblaciones asiática y africana, la mayor parte de los casos relacionados con la infección por la Hepatitis B. Los programas de vacunación de la hepatitis B que se han estado llevando a cabo desde hace años, van a conseguir, según las estimaciones para 2030, una reducción de la incidencia de CHC esperada(4).

La presencia de cirrosis es el factor de riesgo clave para el desarrollo de CHC. La prevalencia de cirrosis en los pacientes con CHC oscila entre el 85-95% según las series consultadas(3,6). De forma general, se considera que el riesgo de padecer CHC en los pacientes con cirrosis hepática oscila entre 2-4%/año de evolución de la enfermedad hepática(7). Una vez establecida la cirrosis hepática, el riesgo de desarrollo de CHC se mantiene pese a conseguir eliminar la causa que precipitó la enfermedad hepática, en clara relación al daño estructural y molecular establecido(8)(9).

La prevención más eficaz del hepatocarcinoma se basa en la prevención de la adquisición de los factores de riesgo, ya sea mediante el uso de vacunas o mediante campañas de concienciación para mejorar las condiciones sociosanitarias de la población(2)(6). Una vez adquirido el factor de riesgo, la única prevención adecuada es la encaminada a prevenir la progresión de la enfermedad, ya sea mediante el uso de tratamiento específico, o bien terapias encaminadas para el abandono de hábitos que aumentan el riesgo de cirrosis como el alcoholismo(4,10).

FACTORES DE RIESGO

Son muchos factores de riesgo los que se han asociado fuertemente al desarrollo de CHC. Estos factores, son muy heterogéneos, desde enfermedades infecciosas, enfermedades metabólicas, enfermedades hereditarias, etc, que van a influir de forma diferente en la presentación del CHC.

Estudios epidemiológicos, tanto americanos como europeos, han demostrado que los factores de riesgo más importantes para el desarrollo del CHC son la infección por el virus de la Hepatitis C, el abuso del alcohol y la enfermedad por depósito graso(11).

- **Hepatitis B:** La asociación entre la infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB) ha sido ampliamente probada en estudios poblacionales(12), demostrando que el desarrollo de CHC puede producirse incluso antes de estar establecida la hepatopatía crónica(13). No solo la presencia de cirrosis se ha asociado al desarrollo de CHC en los pacientes con VHB crónica; los estudios han demostrado que la carga viral, el antígeno de superficie y el antígeno e, también están involucrados en el desarrollo de CHC.

En cuanto a la carga viral, el riesgo de CHC es más alto en los pacientes con niveles séricos más elevados de ácido desoxirribonucleico (ADN) por encima de las 10.000 copias/ml(14). En diversos estudios el nivel de ADN ha demostrado ser un factor predictor de CHC independiente, incluso después de ajustarse con otras variables asociadas al CHC(15).

La positividad de los antígenos de la hepatitis B, tanto el de superficie (HbsAg), como el antígeno e (HbeAg), están relacionados con el desarrollo del CHC, ya que marcan replicación viral(16,17). Además hay evidencias de que los pacientes con infecciones resueltas serológicamente, como los portadores inactivos, continúan teniendo un mayor riesgo de CHC que la población general(18).

Existen otros factores que se han identificado de riesgo para el desarrollo del CHC en pacientes con VHB crónica, como el efecto del tratamiento antiviral, que aunque reduce la incidencia, no la elimina por completo(19).

El sexo también influye, siendo más frecuente en hombres que en mujeres, donde se han identificado cargas virales significativamente más altas(20). Así mismo, el genotipo del VHB, tiene implicación en el desarrollo de CHC, apreciando un mayor riesgo en los genotipos C y D, prevalentes en Asia, en el sur de Europea y en oriente medio(21).

- Coinfeccion VHB+VHD: La confección del VHB junto con el Virus de la hepatitis Delta (VHD) también es un factor de riesgo para el desarrollo de CHC(22), evidenciándose una incidencia tres veces mayor que en los pacientes monoinfectados y la mortalidad asociada al CHC dos veces mayor(23).

- Hepatitis C: De forma general se puede considerar que un tercio de los casos de CHC están en relación con la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC)(24), sobre todo en los pacientes con fibrosis avanzada. Pese a que la asociación entre el CHC y la infección por el VHC está claramente establecida, los mecanismos carcinogenéticos implicados no están claros(25).

La rápida progresión de le hepatopatía crónica por VHC, se asocia al aumento de la inflamación y del recambio celular, favoreciendo la proliferación de hepatocitos mal diferenciados convirtiéndose en nódulos displásicos primero y en CHC posteriormente; proceso que sugiere claramente una asociación entre el grado de inflamación y fibrosis con la aparición del CHC(26).

De la misma manera, el grado de inflamación se ha correlacionado con el pronóstico del CHC una vez diagnosticado que, mediante la evaluación de marcadores de inflamación, determinan que en los pacientes con marcadores inflamatorios más altos tienen un peor pronóstico(27).

Son muchos los factores asociados al desarrollo de CHC en los pacientes con VHC crónico.

Se ha postulado que el aumento de hierro hepático como resultado de la infección crónica, aumenta la producción de radicales libres y el estrés oxidativo(28). El genotipo también parece correlacionarse con un peor pronóstico, sobre todo el genotipo 1b(29). De la misma manera el CHC en pacientes con VHC se relaciona con la edad avanzada, la raza negra, menor recuento de plaquetas y con pacientes con fibrosis en puente(24).

Múltiples estudios han demostrado que un tratamiento exitoso disminuye de forma considerable el riesgo de CHC, pero no lo elimina(30). Los pacientes bajo regímenes de tratamiento basado en interferón y ribavirina que lograron una respuesta virológica sostenida, presentaban una disminución de la incidencia de CHC, aunque mantenían un riesgo anual del 1%(31).

Sin embargo, en los pacientes bajo tratamiento con agentes antivirales de acción directa se reduce de forma más marcada la incidencia de CHC(32,33).

- **Otras hepatitis virales crónicas:** La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), solo o en asociación con otros virus hepatotropos como el VHB o VHC, es un factor de riesgo para el desarrollo de CHC(34). Datos procedentes de estudios retrospectivos, identifican que el CHC se presenta a edades más tempranas y se asocia a una supervivencia más corta en pacientes coinfectados(35). El uso de antirretrovirales de última generación ha mejorado la calidad de vida en este subgrupo de pacientes, sin embargo hay datos que sugieren que la proporción de muertes relacionadas con el CHC ha aumentado en esta subpoblación(34).

- NASH: Respecto a la enfermedad hepática por depósito graso, en sus siglas en inglés non-alcoholic steatohepatitis (NASH), cada vez está más clara su relación con la aparición de enfermedad hepática crónica y por supuesto un factor de riesgo para el desarrollo de CHC(36)(9). Si bien la patogenia del desarrollo de CHC por NASH no está claramente explicada, se ha demostrado por múltiples estudios que la enfermedad hepática crónica evolucionada tiene un mayor riesgo relativo en comparación con estadios más precoces de la enfermedad hepática, pero, aún quedan por determinar la asociación de CHC y la enfermedad por depósito graso sin fibrosis(37).

Los estudios de factores de riesgo han demostrado ampliamente que el síndrome metabólico, la obesidad, la diabetes, la hipertensión y el sexo masculino se asocian al desarrollo de la enfermedad por depósito graso.

El tiempo de evolución hacia hepatopatía crónica es desconocido, pero desde el inicio del desarrollo de la fibrosis puede producirse un CHC(38).

- Enfermedad de Wilson :No queda claramente establecida la asociación entre la enfermedad de Wilson y el desarrollo de CHC. Estudios de diversa índole han descrito que tanto el CHC como el colangiocarcinoma pueden ocurrir en los pacientes con enfermedad de Wilson. Sin embargo, de los datos procedentes de una de las series más grandes disponibles, no se puede concluir que el riesgo esté aumentado con respecto a la población general(39).

Otros estudios han demostrado que si bien no queda claramente establecida la asociación entre la enfermedad de Wilson y el CHC, la incidencia de esta neoplasia parece estar en relación con la duración de la enfermedad, no evidenciando tumores en paciente en seguimiento menos de 10 años, un 4.2% en pacientes en seguimiento entre 10 y 20 años, y de hasta un 15% para los pacientes en seguimiento por encima de los 20 años, claramente relacionado con la evolución de la fibrosis que por la propia enfermedad de Wilson(40). Según los datos disponibles, el riesgo anual estimado para CHC en la población general es de 0.09%, mientras que en los pacientes con hepatopatía crónica por enfermedad de Wilson es del 0.14%. Esta incidencia no alcanza los umbrales determinados para los que se recomienda el cribado del CHC según los modelos de costo-efectividad, aunque la posibilidad de modificar la supervivencia con la detección de lesiones tempranas.

- Hemocromatosis: En la enfermedad por depósito de hierro, el CHC es una de las complicaciones más graves, suponiendo el 45% de la causa de muerte en los pacientes con hemocromatosis(42). El estrés oxidativo al que se someta al hígado sobrecargado de hierro parece el responsable de la aparición de CHC en esta subpoblación de paciente con enfermedad hepática(43).

Dependiendo del estudio consultado el riesgo de desarrollar CHC en los pacientes con Hemocromatosis es entre 20 y 200 veces mayor que la población general, siendo más frecuente en hombres. La utilización de programas de cribado del hepatocarcinoma ha quedado claramente demostrada y se recomienda revisión semestral con ecografía en el paciente con hepatopatía crónica por hemocromatosis(43).

- Otras enfermedades metabólicas: Existen otras múltiples enfermedades hepáticas metabólicas hereditarias o adquiridas que se han establecido en mayor o menor medida como factor de riesgo para el desarrollo CHC, entre ellas encontramos:

- Déficit de Alfa-1-antitripsina: Se ha asociado fuertemente al desarrollo de CHC, incluso en pacientes sin cirrosis establecida(44).

- Porfiria: los estudios sugieren que puede haber un mayor riesgo de CHC, sobre todo en la porfiria aguda intermitente, incluso sin cirrosis establecida. Se han evidenciado tasas de incidencia de CHC en pacientes con porfiria de hasta el 27% según las series(45).

Existen otras enfermedades metabólicas hereditarias, como la glucogenosis, la mucopolisacaridosis, la enfermedad de Gaucher, el Sindrome de Dubin –Johnson, junto con otras enfermedades metabólicas adquiridas como la amiloidosis, en las que el riesgo de CHC no está bien establecido (46).

- Alcohol: El consumo de alcohol se ha relacionado en múltiples estudios con el desarrollo de CHC, aunque la dosis mínima toxica y el tiempo mínimo de exposición no quedan bien establecidas(47). Hay que tener en cuenta que la relación entre el alcohol y el CHC, es ambivalente, en primer lugar, por el efecto tóxico directo del alcohol en el hígado, y en segundo lugar porque el alcohol representa un factor de riesgo para el desarrollo de cirrosis hepática, que a su vez es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de CHC(48).

Otros estudios han demostrado que el consumo excesivo de alcohol, junto con otros factores de riesgo como la diabetes mellitus y la obesidad aumentan significativamente el riesgo de CHC(49). Del mismo modo, se ha demostrado el efecto sumatorio lineal del riesgo de desarrollo de CHC, en pacientes infectados por VHC o VHB que mantienen un consumo de alcohol de riesgo(50).

El consumo abusivo de alcohol es un factor de riesgo modificable, no solo para el CHC, sino para todas las complicaciones de la enfermedad hepática crónica, ya que influye de forma negativa en el efecto del tratamiento médico y propicia hospitalizaciones más prolongadas junto a una mayor morbimortalidad asociada al CHC(51).

- Tabaco: Fumar es un factor de riesgo controvertido para el desarrollo del CHC, ya que aunque múltiples estudios lo establecen como factor de riesgo independiente(52), en muchos otros no queda tan claro(48). Al igual que ocurre con el alcohol, el tabaco mantiene una relación sinérgica positiva con otros factores de riesgo como la diabetes mellitus, la obesidad, la infección por virus hepatotropos e incluso el consumo de alcohol para el desarrollo de CHC(53).

- Toxinas y otras enfermedades: De una manera genérica existen al menos dos toxinas involucradas directamente en la patogenia del CHC, sin embargo, su contribución a la incidencia global de CHC es muy reducida(54). La aflatoxina es la toxina más estudiada. Producida por un hongo, contamina el maíz y los cacahuetes, precisando altas tasas de ingesta para involucrase en la patogenia del CHC(55).

Parece que el efecto de la aflatoxina en el organismo humano es la mutación del gen supresor p53, favoreciendo el desarrollo de CHC de alto grado(56).

La otra toxina involucrada en el desarrollo del CHC es la Microcistina(57), una toxina producida por un alga que contamina estanques y lagos y que puede contaminar aguas subterráneas. Un estudio poblacional en China demostró un aumento de incidencia de CHC en aquellos pacientes que bebían agua de pozo no tratada(58).

- **Otros factores de riesgo:** Los estudios prospectivos y los metaanálisis realizados sobre los factores de riesgo para el desarrollo del CHC identifican otros factores de riesgo menos fuertemente asociados que los ya expuestos, y que en algunos casos, son difíciles de estudiar.

Los factores dietéticos mas estudiados sugieren que el consumo de carnes blancas, pescado rico en omega 3 y verduras se ha asociado a un riesgo reducido de CHC.
Por el contrario, el consumo de carne roja, dieta rica en grasa saturada y bajas en vitamina D, tienen un riesgo aumentado de CHC(59). Un meta-análisis identificó un aumento del CHC en los pacientes con litiasis biliar y en aquellos sometidos a una colecistectomía, con una odds ratio de 2.5 y 1.6 respectivamente(60) Más controvertidos son los estudios sobre los polimorfismos del factor de crecimiento epidérmico en pacientes cirróticos infectados por el VHC, a los que, mediante la identificación de estos polimorfismos, se pueden estratificar en tres grupos de riesgo, alto, medio y bajo(61).

Varios estudios observacionales han demostrado que el uso de estatinas se asocia con un menor riesgo de CHC, sobre todo en población asiática(62,63). Menor es el efecto encontrado en los estudios de Europa y Estados Unidos, ya que posiblemente la hepatitis B sea un factor de confusión y dificulte establecer una asociación precisa(64).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J cancer [Internet]. 2015 Mar 1 [cited 2017 Dec 20];136(5):E359-86. Available from: http://doi.wiley.com/10.1002/ijc.29210

2. Forner A, Reig M, Varela M, Burrel M, Feliu J, Briceño J, et al. Diagnóstico y tratamiento del carcinoma hepatocelular. Actualización del documento de consenso de la AEEH, SEOM, SERAM, SERVEI y SETH. Med Clin (Barc) [Internet]. 2016 Jun [cited 2017 Dec 18];146(11):511.e1-511.e22. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775316000634

3. Heimbach J, Kulik LM, Finn R, Sirlin CB, Abecassis M, Roberts LR, et al. AASLD GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA. [cited 2017 Dec 18]; Available from: https://www.aasld.org/sites/default/files/guideline_documents/Heimbach_et_al-2017-Hepatology.pdf

4. Makarova-Rusher O V., Altekruse SF, McNeel TS, Ulahannan S, Duffy AG, Graubard BI, et al. Population attributable fractions of risk factors for hepatocellular carcinoma in the United States. Cancer [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2017 Dec 20];122(11):1757–65. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26998818

5. Bosch FX, Ribes J, Díaz M, Cléries R. Primary liver cancer: worldwide incidence and trends. Gastroenterology [Internet]. 2004 Nov [cited 2017 Dec 20];127(5 Suppl 1):S5–16. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15508102

6. European Association for the Study of the Liver*, European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Guías de Práctica Clínica de EASL–EORTC: Tratamiento del carcinoma hepatocelular. [cited 2017 Dec 18]; Available from: http://www.easl.eu/medias/cpg/pdf_files/HCC_ES.pdf

7. El-Serag HB. Hepatocellular carcinoma. N Engl J Med [Internet]. 2011 Sep 22;365(12):1118–27. Available from: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1001683

8. Morgan RL, Baack B, Smith BD, Yartel A, Pitasi M, Falck-Ytter Y. Eradication of hepatitis C virus infection and the development of hepatocellular carcinoma: a meta-analysis of observational studies. Ann Intern Med [Internet]. 2013 Mar 5 [cited 2017 Dec 20];158(5 Pt 1):329–37. Available from: http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-158-5-201303050-00005
9. Galle PR, Forner A, Llovet JM, Mazzaferro V, Piscaglia F, Raoul J-L, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. 2018 Available from: http://www.easl.eu/medias/cpg/2018/Hepatocellular carcinoma/English-report.pdf
10. Fattovich G, Stroffolini T, Zagni I, Donato F. Hepatocellular carcinoma in cirrhosis: Incidence and risk factors. Gastroenterology [Internet]. 2004 Nov 1127(5):S35–50. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508504015938

11. Tsukuma H, Hiyama T, Tanaka S, Nakao M, Yabuuchi T, Kitamura T, et al. Risk Factors for Hepatocellular Carcinoma among Patients with Chronic Liver Disease. N Engl J Med [Internet]. 1993 Jun 24;328(25):1797–801. Available from: http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199306243282501
12. Yang JD, Harmsen WS, Slettedahl SW, Chaiteerakij R, Enders FT, Therneau TM, et al. Factors That Affect Risk for Hepatocellular Carcinoma and Effects of Surveillance. Clin Gastroenterol Hepatol 2011 Jul 1;9(7):617-623.e1. http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1542356511003363
13. Beasley RP, Lin C-C, Hwang L-Y, Chien C-S. HEPATOCELLULAR CARCINOMA AND HEPATITIS B VIRUS. Lancet. 1981 Nov 21;318(8256):1129–33. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673681905857

14. Chen C-J, Yang H-I, Su J, Jen C-L, You S-L, Lu S-N, et al. Risk of Hepatocellular Carcinoma Across a Biological Gradient of Serum Hepatitis B Virus DNA Level. JAMA [Internet]. 2006 Jan 4 [cited 2018 Feb 6];295(1):65. Available from: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.295.1.65

15. Chen C, Lee W, Yang H, Chang H, Jen C, Iloeje UH, et al. Changes in Serum Levels of HBV DNA and Alanine Aminotransferase Determine Risk for Hepatocellular Carcinoma. Gastroenterology [Internet]. 2011 Oct 1 [cited 2018 Feb 6];141(4):1240-1248.e2. Available from: http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508511008158

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

ÍNDICE

- EXÁMENES CON EQUIPOS PORTÁTILES. 3Pag.
- OBTENCIÓN DE IMAGEN. 4Pag.
- PROTECCIÓN RADIOLÓGICA. 5Pag.
- INCONVENIENTES DE LAS EXPLORACIONES CON EQUIPOS PORTÁTILES. 6Pag.
- TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS. 7Pag.
- BIBLIOGRAFÍA. 8Pag.

EXÁMENES CON EQUIPOS PORTÁTILES.

La solicitud de éste tipo de exámenes siempre han de estar justificados por el médico peticionario.

Y realizarse sólo en aquellas circunstancias en las que el paciente no se pueda transportar de forma segura al servicio de radiodiagnóstico debido a:

- Falta de movilidad.
- Posibilidad de contagios (cuarentena, aislamiento...).

OBTENCIÓN DE IMAGEN.

Siempre hemos de basarnos en el principio ALARA ("As Low As Reasonably Achievable"), es decir, mantener las exposiciones a radiaciones ionizantes tan bajas como razonablemente se puedan conseguir; lograr una imagen de calidad suficiente que asegure un correcto diagnóstico.

¡¡ IMPORTANTE !! COLIMAR.

Siempre se ha de colimar, limitar el haz de Rx al tamaño del chasis como máximo, a la zona de estudio y el rayo lo más perpendicular posible a éste.
Así se reduce la radiación dispersa que pueda afectar tanto al paciente, al profesional, como a cualquier persona que se encuentre en un radio de 2 metros del equipo.

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

El TSID ha de llevar para su protección: un delantal plomado, protector tiroideo y en función de la carga de trabajo que se deba de soportar,gafas plomadas.

También es muy importante tener en cuenta la edad, el peso y el sexo,para establecer la técnica idónea y proteger las zonas mas radiosensibles del paciente cuando sea necesario.

INCONVENIENTES DE LAS EXPLORACIONES CON EQUIPOS PORTÁTILES.

- Mayor dosis de radiación al profesional expuesto.
- Menor control sobre los parámetros técnicos de la exploración.
- Peor calidad de imagen ya que no se suelen usar rejillas antidifusoras.
- Es necesario equipos que brinden tiempos cortos de exposición para poder eliminar la borrosidad cinética.

TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS

* A mayor kVp: disminuye el tiempo de exposición; se elimina borrosidad cinética y se reduce la dosis de radiación al paciente; pero perdemos contraste. Aumenta la probabilidad del efecto Compton.
* A menor kVp: aumenta el tiempo de exposición y la dosis de radiación al paciente; mejora el contraste. Aumenta la probabilidad de efecto Fotoeléctrico.

La técnica recomendada : 80- 85 kVp (hasta 110 kVp en personas voluminosas).

No utilizar más de 2.5 mAs y mantener una distancia de 180 cm.

Si aumentamos un 15% de kVp → Reducir un 50% los mAs, aunque exista mayor probabilidad de obtener efecto Compton.

BIBLIOGRAFÍA

- Galimany,Masclans.Jordi. Elsevier.es
- Pernas,Canadell.Carlos. Elservier.es
- Ruiz, Manzano.Pedro. Desayunandoconfotones.org
- S,Peña. Constantino. Radiologyinfo.org

TEMA 133. LEY, ETICA Y SOCIEDAD.

BELEN ROZADA FUENTE

ÍNDICE

- 1.- PRINCIPIOS DE LA BIOETICA.
- 2.- DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL.
- 3.- EUTANASIA/MUERTE ASISTIDA.

1.- PRINCIPIOS DE LA BIOETICA

En los cuidados paliativos se abre la reflexión ética al intentar responder a las preguntas de como y quien decide, cuanta información dar, cuando y como darla.

La bioética junto con la implantación de los cuidados paliativos intenta encontrar opciones mas humanitarias. Casi todos estamos dispuestos a defender que no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible.

En la conducta profesional se llevan a cabo 3 pasos fundamentales: tener sensibilidad para captar la dimensión ética del problema, tener las ideas claras para decidir con prudencia y valor para llevar a cabo lo correcto.

PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA:

Obliga a no hacer el mal y a procurar que la vida biológica sea tratada con total consideración y respeto.

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA: Obligación moral de actuar en beneficio de otros. El bien del enfermo no consiste solo e tener una correcta técnica y llegar a un acuerdo sobre le modo de actuar, sino que ademas se ha de elegir bien en sentido objetivo.

PRINCIPIO DE JUSTICIA: Los paliativos y terminales deben tener igual acceso al cuidado que otros y no debe privárseles de la asistencia solo porque no hay nada que hacer para poder curarlos, porque si hay mucho que hacer para poder aliviarlos.

PRINCIPIO DE AUTONOMIA: Las condiciones son el conocimiento, la comprensión y la ausencia de coacción

Información adecuada y veraz suficiente para poder tomar una decisión. Cuando el paciente nos manifiesta su deseo de no ser informado y no tomar sus propias decisiones, hemos de respetarlo. El mismo designará un sustituto.

2.- DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL

Según la OMS un paciente paliativo es aquel en el que existe evidencia objetiva de progresión de enfermedad y no existe probabilidad razonable de tratamiento que pueda revertir el proceso.

En estos pacientes continuar con tratamiento oncológico activo con finalidad paliativa (cuando se ha constatado la falta de respuesta a estos tratamientos y que de ellos no se deriva la mejoría de la sintomatología) supone lo conocido como encarnizamiento terapéutico. Por otro lado no ofertarlo por pensar que no merece la pena estaría al otro extremo: eutanasia pasiva. Justo en el centro de estos dos conceptos se encuentran los cuidados paliativos.

El respeto a la vida humana es uno de los ejes primarios sobre los que se ha desarrollado la conciencia ética de la sociedad. Si no se admite la dignidad personal del ser humano y el valor de cada vida humana, desde su comienzo has la muerte natural no hay una linea racional a través de la que se pueda defender a cada enfermo.

3.- EUTANASIA/MUERTE ASISTIDA

La eutanasia se caracteriza por una conducta omisiva, no se aplican medidas extraordinarias de tratamiento y se deja seguir el proceso, limitándose a aliviar el dolor y el sufrimiento del paciente. Existe un delgado limite entra la eutanasia pasiva y la activa (en ella hay una actuación directa dirigida a acortar la vida del paciente) es difícil de establecer.

El principio del doble efecto es el acto medico que consiste en administrar a un enfermo en situación terminal un tratamiento dirigido contra un síntoma o conjunto de síntomas físicos y/o psíquicos que provocan un gran sufrimiento, aun a costa de adelantar la muerte, hecho que ocurrirá con seguridad en algunos casos o con una alta probabilidad en otros.

Cuando en un paciente terminal la única forma de conseguir este control de síntomas es por medio de la sedación, se conoce como sedación terminal.
Las diferencias conceptuales entre eutanasia y sedación terminal son muy sutiles ya que comparten el mismo objetivo: aliviar el sufrimiento y acabar con el.
La sedación terminal es la forma mas aceptable de ayuda a morir que existe, debiendo ser una herramienta al alcance de todo enfermo terminal que la solicite.

BIBLIOGRAFÍA

- Altisent R. Delgado T. Avances en cuidados paliativos, 2003.
- Batiz Cantera J. El principio de autonomía en enfermo terminal. Medicina paliativa. Vol. 10 nº2.
- Vega Gutierrez J. Biomedicina y persona (aspectos éticos en la situación terminal de enfermedad. Madrid: Colex 2000.
- Alvarez JC. Principio de respeto a la autonomía, en el enfermo terminal. Medicina paliativa. Vol.10 Nº2.
- Ortega Armenteros MC. Sedación y eutanasia. Medicina paliativa. Vol. 9.
- Azulay Tapiero A. La doctrina del doble efecto y la eutanasia activa en la practica de los cuidados paliativos. Medicina paliativa. Vol. 8 nº3.

TEMA 134. RIESGO DE OSTEOPOROSIS EN LAS MUJERES CON INTOLERANCIA A LA LACTOSA.

- ROCÍO JUNCO BLANCO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Es frecuente que las mujeres asocien algunos síntomas gastrointestinales al consumo de ciertos alimentos y los eliminen de su dieta habitual, evitando así aportar nutrientes esenciales que benefician la salud.

La lactosa es el azúcar predominante en los productos lácteos que descompone la enzima lactasa en el intestino.

Cuando esta enzima es incapaz de digerir la lactosa desencadena manifestaciones clínicas como nauseas, cólicos abdominales, diarrea…

La osteoporosis es una enfermedad crónica degenerativa frecuente en la mujer postmenopáusica que debilita los huesos, haciendo más probable las fracturas óseas.

Hay 3 millones de personas con osteoporosis en España.

La mitad de las mujeres sufrirá osteoporosis a partir de los 70 años.

La osteoporosis produce 1,3 millones de fracturas óseas.

1/3 mujeres y 1/10 hombres tienen riesgo elevado de sufrir una fractura ósea por osteoporosis.

OBJETIVO

Determinar pautas que ayuden a evitar el aumento de riesgo de osteoporosis en mujeres intolerantes a la lactosa.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de artículos publicados recientemente en bases de datos reconocidas (Medline, Pubmed, Scielo) usando como descriptores específicos: lactosa, intolerancia, osteoporosis, calcio.

RESULTADOS

- Las mujeres que presentan intolerancia a la lactosa al evitar productos lácteos derivan en la reducción de la ingesta de calcio, con el consiguiente aumento del riesgo de osteoporosis y fracturas por fragilidad.

- Es importante seguir un estilo de vida saludable para cuidar los huesos:

- Dieta rica en calcio
- Consumo de vitamina D
- Ejercicio diario

CONCLUSIÓN

La intolerancia a la lactosa guarda relación estrecha con la osteoporosis.

Las mujeres con intolerancia a la lactosa tienen una menor reserva ósea de calcio y una menor actividad del remodelamiento óseo, por esto en el manejo de la intolerancia a la lactosa es importante instruir a las pacientes sobre la importancia de una dieta equilibrada rica en calcio y vitamina D.

BIBLIOGRAFÍA

Lina A. Incidencia de osteoporosis y osteopenia en pacientes postmenopáusicas en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Calvo. Vol I. pp, 24-54.

Marsall D. Factores que influyen en la osteoporosis. Osteoporosis 5°Edic. Pag 34-38.

Organización Médica Colegial España. Atención Primaria de Calidad. Guía de buena práctica clínica en Osteoporosis Post Menopaúsica, Prevención de fracturas por fragilidad. España, 2011. Pag. 36-37.

Serna A. Montse R. Recuperar la calidad de vida, objetivo del día mundial de la Menopausia E.F.E: Salud. [Citado el 12/08/17] http://www.efesalud.com/recuperarlacalidad-de-vida-objetivo-deldia-mundial-de-la-menopausia.

TEMA 135. TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y SÍNTOMAS DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO EN RADIOTERAPIA.

- JOSÉ MARÍA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ÍNDICE

- TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS.
- EVOLUCIÓN.
- VALORACIÓN PSICOLÓGICA.
- ASISTENCIA PSICOLÓGICA.
- BIBLIOGRAFÍA.

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS

En los trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional de los pacientes que reciben radioterapia, es un tratamiento indicado en el 60% de los casos, con un propósito tanto curativo como sintomático.

Estos pacientes pueden presentar temores, preocupaciones, aprensión, sentimientos de indefensión, pesadillas e insomnio, disfunciones y problemas sexuales y secuelas neuropsicológicas a corto y largo plazo que pueden alcanzar al 43% de los pacientes según el tipo de tumor y de radioterapia (Ahles y Correa, 2010; Crosen, Garwood, Glatstein y Neuwelt, 1994; Fuller et al., 2008; Sanz, Olivares y Barcia , 2011; Sheline, Wara y Smith, 1980).

EVOLUCIÓN

Respecto a la evolución hay un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión desde el momento previo al inicio de la radioterapia hasta el final de la misma pero un descenso en los meses siguientes.

Además estos síntomas no mejoran en el seguimiento, al mes y medio de acabada la radioterapia. Lejos de ello empeoran seis meses después, en la cuarta evaluación.

Sería fácil implantar en los hospitales herramientas sencillas de evaluación de estos factores y junto a ello mejorar la implantación de una adecuada organización de asistencia psicológica.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Algunos de esos instrumentos, con sus datos de validez:

- La Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), de Zigmond y Snaith (1983), de 14 ítems.
- El listado de screening de problemas psicosociales (SIPP), de Baeken et al. (2009), de 24 items.
- El listado breve de síntomas (BSI), de 53.
- El listado de malestar psíquico (PDI), de Morasso, Costantini, Baracco, Borreani y Capelli (1996) de 13 ítems.
- La escala de síntomas Edmonton (ESAS), de 10 ítems para detectar síntomas físicos y psíquicos.
- El test de calidad de vida, de Mercier, Schraub, Bransfield y Barthod (1992).

ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Sólo uno de cada diez pacientes con malestar emocional recibe asesoramiento para obtener ayuda (Holland y Sheldon, 2003). Es un dato preocupante porque sólo el 10% de los pacientes que necesitan atención psicológica es derivada a ella. Los problemas psicológicos pueden ser causa de complicaciones físicas y afectar de modo adverso al estado general de la persona que los padece.

Una adecuada y temprana detección aumentaría el número de pacientes que pueden beneficiarse de los recursos psicológicos ya disponibles en muchas instituciones, mejorando la adherencia al tratamiento médico y dotando al paciente de estrategias de afrontamientos y de cambio, así como tratar específicamente los posibles trastornos psicopatológicos o la sintomatología para mejorar su evolución clínica y la calidad de sus vidas

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** "Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer" de Juan Antonio Cruzado (Coordinador). (2014). Asociación de Psicooncología de Madrid.

- **Bases de datos:** Hernández Manuel, Cruzado Juan Antonio. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. Clínica y Salud [Internet]. 2013 Mar [citado 2019 Sep 27] ; 24(1): 1-9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100001&lng=es

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

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL SOBRE LA SALUD

QUÉ HACER PARA DISMINUIR LA CONTAMINACIÓN

OBJETIVOS

RECOMENDACIONES DOMICILIARIAS

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Son muchos los efectos a corto y a largo plazo que la contaminación atmosférica puede ejercer sobre la salud de las personas. La contaminación atmosférica urbana aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias agudas, como la neumonía, y crónicas, como el cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares.

VALORACIÓN DEL IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL SOBRE LA SALUD

- Impactos de contaminantes comunes del aire sobre la salud.
- Impacto de contaminantes peligrosos o tóxicos sobre la salud.
- Impacto de la ausencia del agua y saneamiento sobre la salud.

QUÉ HACER PARA DISMINUIR LA CONTAMINACIÓN

- Medidas de información
- Medidas de tráfico: tendentes a reducir el impacto del tráfico por carretera
- Medidas para el sector industrial
- Otras medidas dirigidas a sectores públicos y privados.

OBJETIVOS

- Reducir en la UE la carga de enfermedades causada por factores medioambientales.
- Identificar y prevenir las nuevas amenazas a la salud derivadas de factores medioambientales.
- Facilitar en la UE la instauración de políticas de ese ámbito.

RECOMENDACIONES

- Evitar calles con más tráfico.
- Proteger a los niños y a los ancianos por su mayor fragilidad.
- Planear cuándo y dónde hacer ejercicio, evitando hacerlo al aire libre si hay una contaminación elevada.
- No permitir que nadie fume dentro de casa.
- Cuida tu dieta.

BIBLIOGRAFÍA

- Who.int [actualizado y citado 5 septiembre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/health_impacts/es/
- Rcientificas.uninorte.edu.co [actualizado y citado 5 septiembre 2019]. Disponible en: http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/5801/8043

BIBLIOGRAFÍA

- Insst.es [actualizado y citado 5 septiembre 2019]. Disponible en: https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/55.pdf
- Asturias.es [actualizado y citado 5 septiembre 2019]. Disponible en: https://www.asturias.es/medioambiente/articulos/ficheros/2018_05_25%20PROTOCOLO%20Episodios%20contaminaci%C3%B3n%20del%20aire%20Asturias.pdf

TEMA 137. SER MAMÁ A LOS 50.

- **LAURA SOTO TERRÓN**

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

A menudo vemos en las noticias que una mujer ha sido madre a los 55 años, 60 e incluso 70 y muchos años y ya casi ni nos sorprende dado el aumento de estos casos en los últimos años.

El proceso reproductivo, aun siendo un proceso fisiológico, implica grandes exigencias del organismo de la mujer y las edades extremas constituyen un factor de riesgo para la gestación.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

OBJETIVOS

- Conocer el número de recién nacidos de mujeres mayores de 50 años en España.

- Valorar el riesgo que supone una gestación a esas edades.

- Identificar cuáles son las complicaciones obstétricas más frecuentes con la edad como factor de riesgo asociado.

METODOLOGÍA

- Por una parte, se ha realizado una búsqueda de resultados a través del *Instituto Nacional de Estadística (INE)* seleccionando los siguientes valores de consulta: edad de la madre (mayores de 50 años), año de estudio (2015 y 2017) y provincia. Para la búsqueda no se tuvo en cuenta la edad paterna.
- Y por otra parte, se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica publicada hasta la actualidad en diferentes bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden y Google Académico usando como palabras clave: natalidad, edad materna, edad fértil y embarazo.

RESULTADOS

De la búsqueda se obtuvo que el total de recién nacidos de madres mayores de 50 años en España, para el **año 2015**, fueron 120 y para el **año 2017**, fueron 164 recién nacidos.

Comparando estos resultados, se puede apreciar un ligero aumento del número de nacimientos a estas edades, en apenas dos años de diferencia.

RESULTADOS

Se ha demostrado, que el embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal.

Por un lado, la natalidad en el grupo de **mujeres menores de 15 años** es más frecuente en países en vías de desarrollo y la postergación de la maternidad a **edades avanzadas** es un fenómeno característico de los países desarrollados.

RESULTADOS

La gestación en mujeres mayores de 35 años supone una mayor mortalidad fetal, neonatal, infantil y materna, aumentando proporcionalmente a la edad.

Sin duda, el mayor riesgo de mortalidad fetal, neonatal e infantil se ha demostrado en las mujeres mayores de 50 años.

CONCLUSIONES

El principal factor de riesgo en el embarazo es la **edad**, se sabe que esta variable puede permitir un buen desarrollo fetal o por el contrario un desarrollo de alto riesgo, ocasionando una amenaza para la vida tanto de la madre como del feto.

La distribución etaria materna ha cambiado a lo largo del tiempo, en los últimos años se aprecia una mayor precocidad en la edad de comienzo de la primera relación sexual y por otro lado, el embarazo en mujeres mayores de 40 años está ascendiendo significativamente, suponiendo mayores complicaciones para el binomio materno-fetal.

CONCLUSIONES

Como profesionales sanitarios, debemos hacer hincapié en programas de educación afectivo sexual, anticoncepción, consejo preconcepcional, etc. sobre todo en grupos de mujeres vulnerables.

Además se debe insistir en fomentar políticas públicas que incentiven el embarazo en edades maternas de menor riesgo reproductivo y social, siendo el grupo de mujeres entre **20-29 años** el que concentra el menor riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal, e infantil.

CONCLUSIONES

Por otra parte, si bien es cierto, que son escasos los estudios en mujeres de 50 o más años con gestaciones espontáneas, la mayoría corresponden a estudios de embarazos por ovo donación. Se necesitan más estudios al respecto.

Para finalizar, decir que aquí juegan un papel importante las clínicas de reproducción humana asistida, sobre todo las del ámbito privado.

BIBLIOGRAFÍA

- Klein J, Sauer MV. Assessing fertility in women of advanced reproductive age. Am J Obstet Gynecol 2001;185:758-70.
- Tarlatzis BC, Zepiridis L. Perimenopausal conception. Ann NY Acad Sci 2003;99:793-104.
- Gielchinsky Y, Mazor M, Simon A, Mor-Yossef S, Laufer N. Natural conception after age 45 in Bedouin women, a uniquely fertile population. J Assist Reprod Genet 2006;23:305-9.
- Gonzalo Acuña R., Juan Enrique Schwarze M., MSc, Sonia Villa V., Ricardo Pommer . Edad máxima en la que una mujer puede ser madre con sus propios óvulos. Revisión sistemática. 2013.
- Página WEB: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.es/

TEMA 138. SÍNDROME DE KLINEFELTER.

- JULIA ÁLVAREZ PEREIRA
- MARÍA LANA FERNÁNDEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVO
3. CASO CLINICO
4. EXPLORACION
5. PRUEBAS DIAGNOSTICAS
6. CONFIRMACION DIAGNOSTICA
7. TRATAMIENTO
8. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Klinefelter es una alteración genética que se da en los varones, afecta a 1 de cada 500 o 1000 hombres.
Las persona tenemos 46 cromosomas, dos sexuales (X, Y), lo que determina el sexo del bebe:

* XX --------sexo femenino
*XY---------sexo masculino

Presenta un cromosoma X de más, no es una enfermedad genética hereditaria, sino que los cromosomas adicionales surgen del esperma , del ovulo o después de la concepción.
Cuando un niño nace con un cromosoma X extra :
47 XXY se corresponde a un síndrome klinefelter.

OBJETIVO

Detección mediante el estudio del cariotipo el síndrome de Klinefelter .

CASO CLÍNICO

Varón de 24 años es derivado al servicio de urología por problemas sexuales .

EXPLORACIÓN

- En la exploración física se observan :vello púbico escaso, tamaño de testículos y pene reducidos, ginecomastia .

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Se le realiza un estudio de semen, niveles de testosterona bajos, estudio del cariotipo.
- Se determina una azoospermia y hipergonadismo hipergonadotrópico 47XXY

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

- La confirmación diagnostica se hace por el estudio del cariotipo: Se manda una muestra de sangre periférica al laboratorio donde se analizan 15 metafases con bandas G.
- Se observa en todas ellas una anomalía numérica 47 cromosomas por el exceso de un cromosoma sexual X, (XXY), lo que determina un síndrome de Klinefelter.

TRATAMIENTO

Se trata al paciente con testosterona (lo que se espera es mejorar el impulso sexual, la disminución de mamas , crecimiento de vello y de musculatura

BIBLIOGRAFÍA

- Página WEB: www.medlineplus.es

- Caso clínico del área de citogenética

TEMA 139. SOBRECARGA EN CUIDADORES DE PERSONAS CON DEMENCIA.

- RICARD CONDE TORRES
- CLARA GIL TORRAS
- LYDIA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- Introducción
- Sobrecarga del cuidador
- Valoración de la sobrecarga
- Test de Zarit
- Valoración del test de Zarit
- Actuación ante un cuidador con sobrecarga
- Bibliografía.

Introducción

- El envejecimiento es un proceso continuo, irreversible e inevitable que engloba transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo y además comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno.

- A nivel mundial, la pirámide poblacional sigue un proceso de envejecimiento para el que los países no están preparados para asumir el gran coste que implica.

Introducción

- En España en el año 2018, las personas mayores de 65 años ya representan el 19,4% de la población pudiendo alcanzar cerca del 30% en los próximos 50 años.
- El envejecimiento poblacional implica un gran impacto económico y actualmente los países no están totalmente preparados para asumir la evolución poblacional.
- Además este proceso implica la aparición de diferentes patologías asociadas a la edad con mayor o menor grado de dependencia.
- Según diferentes estudios poblacionales recientes, en España existe una prevalencia de demencia entre el 8,5 y el 9,4% en mayores de 70 años con tendencia a incrementarse exponencialmente.

Sobrecarga del cuidador

- Los pacientes con demencia suelen ser personas con un grado de dependencia muy elevado tanto física como psíquica. Por tanto requieren por parte de los cuidadores la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana.

- El cuidado de una persona dependiente genera una carga de trabajo muy elevada generando cambios importantes en la vida del cuidador a nivel familiar, personal, laboral… Debido a estos cambios pueden aparecer problemas de salud, emocionales y de sobrecarga física. A el conjunto de lo anteriormente descrito se le conoce como sobrecarga del cuidador.

Valoración de la sobrecarga

- Desde el ámbito sanitario es importante detectar a los cuidadores de personas dependientes, especialmente con demencia (debido a la mayor sobrecarga) para realizar un correcto abordaje.
- Desde atención primaria se pueden detectar estos casos en la propia consulta con el paciente y sus acompañantes (que suelen ser los cuidadores) y en las visitas de atención domiciliaria donde podemos valorar in situ las necesidades del paciente y de la familia.
- Uno de los test que abordaremos con los cuidadores para valorar la carga es el test de Zarit. Esta escala valora los efectos negativos sobre el cuidador teniendo en cuenta la salud física, psíquica, actividades sociales y recurso socioeconómicos. El cuidador indica la frecuencia con la que se siente identificado.

Test de Zarit

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Valoración del test de Zarit

- El cuidador que rellena el test debe puntuar cada ítem según el siguiente criterio:

  (nunca=0; rara vez=1; algunas veces=2; muchas

  veces=3; casi siempre=4)

- El último ítem nos aporta la sobrecarga global percibida por la persona valorada.
- Se suman todos los ítems y en función del resultado obtenido se determina el grado de sobrecarga:

➢De 22 a 46 puntos: No sobrecarga

➢De 47 a 55 puntos: Sobrecarga leve

➢De 56 a 110 puntos: Sobrecarga intensa.

Actuación ante un cuidador con sobrecarga

- La intervención principal será siempre la prevención frente al síndrome de la sobrecarga del cuidador.
- Fomentar el autocuidado de la persona. El éxito del cuidado dependerá del nivel de autocuidado del cuidador.
- Ofrecer formación sobre cuidados a personas dependientes. También formación enfocada hacia el autocuidado.
- Informar correctamente de todos los aspectos relacionados con la enfermedad y el cuidado.
- Considerar el poder compartir los cuidados con otros familiares o con un soporte externo a la familia.

Actuación ante un cuidador con sobrecarga

- Procurar mantener la vida social. Se puede reducir para poder atender el cuidado, pero en ningún momento se debe abandonar la vida social.
- Propiciar formación de grupos de soporte o formaciones grupales para poder compartir experiencias.
- Mantener las visitas con la enfermera y el médico de referencia para compartir la evolución del paciente y poder expresar las necesidades de la persona cuidadora.
- Seguimiento con trabajo social con el fin de poder detectar necesidades y solicitar ayuda para llevar a cabo los cuidados de la mejor manera posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Gascón-Bayarri J,Reñé R,Del Barrio JL,De Pedro-Cuesta J, Ramón JM,Manubens JM, et al.Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: the PRATICON Study. Neuroepidemiology 2007; 28: 224-34.
- Tola-Arribas MA,Yugueros MI,Garea MJ,Ortea-Valín F,Cerón-Fernández A,Fernández-Malvido B, et al.Prevalence of dementia and subtypes in Valladolid, Northwestern Spain: the DEMINVALL Study. PLoS One 2013; 8: e77688.
- Huete,F.Y.,Pérez, Z.U.,Gutiérrez, M.M., & Herrero, R.M. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. *RevistaEnfermeríaCyL*, *2*(1).
- Artaso, B.,Goñi, A., & Biurrun, A.(2003).Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares.*Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *38*(4), 212-218.

TEMA 140. LA LISTERIOSIS, UN PROBLEMA EN LA ACTUALIDAD .

- **MARÍA OTERO ALONSO**

ÍNDICE

- Introducción
- Casos de listeriosis en España
- Gestión de sanidad
- Incubación
- Consecuencias

INTRODUCCIÓN

- **La listeriosis** es una enfermedad infecciosa causada por el consumo de alimentos contaminados. Ataca con mayor probabilidad a mujeres embarazadas y sus recién nacidos, en personas con el sistema inmunitario debilitado y en adultos mayores de 65 años.
- La enfermedad es una bacteria anaerobia, siendo capaz de sobrevivir con o sin oxígeno. Crece a temperaturas muy bajas y se multiplican a temperaturas típicas de refrigeración.
- Tiene reservorio animal, pudiendo contaminar una gran variedad de alimentos, bebidas y producir una contaminación cruzada. Las enfermedades que produce principalmente son:

- Gastroenteritis
- Meningitis
- Meningoencefalitis

CASOS DE LISTERIOSIS EN ESPAÑA

- Ya son 195 los casos en Andalucía y 86 probables fuera del territorio Andaluz en 2019

GESTIÓN DE SANIDAD

- La alerta sanitaria se originó el 15 de Agosto del 2019 y comenzaron a la retirada de productos, aunque se extendieron productos de marcas blancas que se vendían bajo la marca “La Mechá”

INCUBACIÓN

- **La listeria** es la bacteria de transmisión alimentaria con mayores índices de mortalidad que podría alcanzar un 30 %. Una vez ingerida la bacteria tiene **70 d6de incubación** hasta que alcanza su objetivo, el cerebro y el feto

CONSECUENCIAS

• La bacteria tiene el poder de atravesar dos barreras:

- La hematoencefálica que llega al cerebro y se multiplica
- Placentaria

• Los niños que contraen ésta enfermedad nacen con una sintomatología llamada granulomatosis infantiseptica y puede llegar a tener secuelas para toda la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- **Artículo revista:** catedrática de la UCM Bruno González Zorn VISASET
- **Páginas webs:** https://www.elindependiente.com, https://www.elsevier.es

TEMA 141. TRASTORNOS ALIMENTARIOS QUE PUEDEN APARECER EN LA TERCERA EDAD.

- MERCEDES ÁLVAREZ ANIA
- NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, debido a la disminución de las tasas de nacimiento y al aumento de la expectativa de vida en las sociedades industrializadas, la población está envejeciendo a un ritmo considerable. Esto se ha producido por la mejora en las condiciones sanitarias, sociales y económicas (Rubio, 2007). El envejecimiento de la población mundial avanza en una proporción del 2% de los adultos mayores de 60 años cada año (Naciones Unidas, 2002) pero ¿tendrán calidad de vida?

En los últimos años se está analizando el papel que juega la nutrición en el proceso de envejecimiento así como el efecto que produce la edad en éste.

1. INTRODUCCIÓN

Las necesidades nutricionales se van modificando a lo largo de nuestra vida y factores como la excesiva o la escasa ingesta de comida, pueden dar lugar a la aparición de trastornos nutricionales.

La prevalencia de la desnutrición en ancianos en España es del 70% de la población (Ramos Martínez, 2004).

Para mantener la salud y la autonomía es imprescindible practicar una alimentación adecuada (Fleming, 1995). Entre una adecuada capacidad funcional y una óptima alimentación existe un equilibrio frágil y en el caso de que éste se vea modificado la desnutrición puede provocar discapacidad (Payette, 1996).

1. INTRODUCCIÓN

o el síndrome geriátrico que se conoce como “fragilidad” (Morley, 2001). Existe un incremento muy marcado de las incapacidades en la población que supera los 75 años de edad (Sheldon, 1948). En el First Report by the Panel of Nutrition of Elderly (DHSS, 1972) se afirmó que “sin duda sabemos más del estado nutricional de nuestra nación que de ninguna otra en el mundo, pero por lo que respecta a los ancianos aún carecemos de los datos adecuados.

Podemos definir la malnutrición como un trastorno debido a la falta o exceso de energía dietética o de uno o más nutrientes (DHSS, 1972). Esta definición incluye tanto a la obesidad como a la desnutrición.

1. INTRODUCCIÓN

La malnutrición es muy frecuente en la tercera edad , debido en parte a los diversos cambios fisiológicos que se producen durante el envejecimiento, muchos de ellos llevan a reducir el consumo de alimentos (Morley, 1999). Según Pozo Roque, 2002 y Davidson y Getz 2004 la desnutrición es uno de los problemas más habituales que aparecen en la población geriátrica y a la que se le da poca importancia. Para elevar la calidad de vida en la tercera edad, que sean útiles y que lleguen sin complicaciones hasta el final de sus días debemos prevenirla y/o tratar precozmente. Para tal, en la actualidad disponemos de datos epidemiológicos que demuestran que la dieta y otros factores del estilo de vida tienen influencia tanto a corto como a medio plazo en la salud.

1. INTRODUCCIÓN

La alimentación se considera como uno de los principales factores en la aparición de varias enfermedades crónicas de gran incidencia en la tercera edad como son la enfermedad cardiovascular, el cáncer, las enfermedades del aparato respiratorio, la osteoporosis, depresión o las enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer (Falque Madnol, 1996). Se calcula que entre el 33 y el 50% de los problemas de salud se relacionan con no practicar una buena alimentación (Knapp, 1989).

La mejora en la atención sanitaria y la adecuación de los factores de riesgo vinculados a la dieta van a influir en una menor incapacidad y a disminuir la mortalidad prematura relacionados con el estado nutricional del adulto mayor (Gómez Vital, 2001).

2. OBJETIVOS

Describir los hábitos alimenticios recomendados para cumplir con las necesidades nutricionales de nuestros ancianos de modo a reducir los trastornos que se producen a raíz de los cambios físicos y psicológicos característicos del envejecimiento y así mejorar su calidad de vida.

3. METODOLOGÍA

Para la realización de este estudio se procedió a la recogida de información en varias fuentes de datos como: Scielo, ICYT (Ciencia y Tecnología) e ISOC (Ciencias Sociales y Humanidades) utilizando como descriptores las palabras clave: “nutrición”, “envejecimiento” y “trastornos” limitando la búsqueda a estudios publicados en español, inglés y portugués. Se encontraron 23 trabajos para realizar la presente revisión bibliográfica.

Para conocer en qué consisten las necesidades nutricionales de los ancianos realizamos una valoración desde distintos enfoques: dietético, bioquímico, antropométrico, inmunológico y clínico.

3. METODOLOGÍA

Se utilizó la valoración del estado nutricional como herramienta para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el anciano. Se utilizó frecuentemente para detectar trastornos de la nutrición en los que se intervino nutricionalmente de forma individualizada, sin dejar de lado la realidad socioeconómica, la cantidad y calidad del apoyo familiar que se tiene y todos los aspectos de forma integral.

Una de las escalas más utilizadas para realizar la valoración nutricional es la escala MNA (Mini Nutritional Assessment). Consiste en un cuestionario realizado personal sanitario. Consta de dos partes, un cribaje (7 preguntas) y una evaluación (12 preguntas), ésta última sólo se realiza si el cribaje es positivo. Se tarda de 10 a 15 minutos en realizar el cuestionario.

3. METODOLOGÍA

- Una puntuación total superior o igual a 24 indica buen estado nutricional.
- Entre 17-23,5 identifica que existe riesgo nutricional (requieren una intervención nutricional como consejos dietéticos o suplementos).
- Si es inferior a 17 presenta desnutrición calórico-proteica , en estos casos se deberá completar la evaluación con varios procedimientos: estudio de la alimentación (debe incluir datos individuales, cantidad de alimentos que ingieren, alimentos que consume entre comidas y cómo los preparan), exámenes bioquímicos, antropometría y examen clínico nutricional.

4. RESULTADOS

Como resultado de nuestra revisión bibliográfica se encontró información sobre varios trastornos nutricionales que pueden aparecer en la tercera edad como resultado de no llevar a cabo una buena alimentación y además una serie de pautas a seguir por el anciano para evitar la aparición de los trastornos que detallamos a continuación:

DESNUTRICIÓN

La desnutrición puede estar causada por diferentes motivos, entre ellos tenemos (Goena, 2001):

- Ingesta escasa de comida (escaso contenido calórico).
- Ingesta de alimentos con bajo poder nutritivo.
- Cuando el cuerpo no absorbe los nutrientes contenidos en los alimentos.

4. RESULTADOS

Podemos encontrar varios síntomas que pueden desencadenar en desnutrición, tales como la anorexia (falta absoluta de apetito) y la hiporexia (disminución del apetito).

Existen diferentes causas por las que las personas mayores son más susceptibles a sufrir desnutrición (Iraizoz, 2009):
1. Modificaciones debidas al envejecimiento que pueden causar reducción del apetito y una menor ingesta: cambios sensoriales (alteración del gusto, del olfato, vista, audición, temperatura, etc), dificultad para distinguir lo dulce, problemas de masticación (atrofia de la mandíbula, xerostomía….), cambios en la composición corporal, cambios en el aparato gastrointestinal, cambios metabólicos, alteraciones neurológicas, cambios en el sistema cardiovascular, alteraciones en la función renal, cambios en la función inmune

4. RESULTADOS

Disminución de la actividad física, minusvalías, inmovilidad y discapacidades.

2. Enfermedades y fármacos: muchas personas mayores tienen enfermedades o toman fármacos que modifican los requerimientos nutricionales del organismo o lo vuelven menos apto para satisfacer tales necesidades.

3. Factores sociales: aislamiento, soledad, pobreza e ignorancia.

4. Factores psicológicos: alcoholismo, demencias, depresión y ansiedad, creencias y tabúes o manías.

5. Factores socioeconómicos: Abandono de la actividad laboral, bajo poder adquisitivo y las pensiones recibidas, hábitos alimentarios muy rígidos, incapacidad para adaptarse a nuevos alimentos y estrategias de mercado.

4. RESULTADOS

OBESIDAD

Según la OMS definimos obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. En los últimos años ha ido aumentando el porcentaje de personas mayores con obesidad. Entre las causas que producen la obesidad están la inactividad física y la disminución de las hormonas del crecimiento y la testosterona que al disminuir la masa muscular producen un aumento de la grasa corporal. Las personas también pueden comer demasiado cuando están aburridas, solas o estresadas.

Los autores Davidson y Getz, 2004 realizan una serie de recomendaciones para que llevemos a cabo una dieta sana tomando los siguientes alimentos:

4. RESULTADOS

- Cereales (arroz, pasta, pan…) o patatas: 11 raciones.
- Verduras y hortalizas: 3-5 raciones/día.
- Frutas: 2-4 raciones/día. Una de ellas debe ser un cítrico para garantizar los aportes de vitamina C.
- Lácteos: 3-4 raciones/día.
- Carnes o equivalentes: pescados, huevos, leguminosas: 2-3 raciones/día.
- Aceite de oliva o semillas: 30-40 gramos/día.

Según diversos autores (Ortega y Requejo, 1999), las recomendaciones para que un anciano tenga unos hábitos saludables y consigamos evitar la aparición de trastornos de la nutrición son las siguientes:

4. RESULTADOS

-Educación nutricional: Detectar los malos hábitos alimentarios, corregir las falsas creencias sobre la menor necesidad de comer de las personas mayores o sobre lo dañino de determinados alimentos.

-Informarles de que una buena alimentación comienza por realizar una adecuada selección de los alimentos en el mercado. Es importante consumir los alimentos en un plazo breve de tiempo e indicarles que los alimentos congelados, precocinados o enlatados pueden ser igual a la de los alimentos frescos. Ingerir muchas frutas y verduras y tener gran variedad de alimentos.

-Disfrutar de la comida y promover la importancia de mantener un peso estable y dentro de los límites aconsejados, realizando diariamente ejercicio físico para compensar la ingesta de energía con el gasto calórico llevado a cabo, evitando presentar tanto bajo peso como obesidad.

4. RESULTADOS

- No comer en exceso alimentos ricos en grasas, especialmente saturadas.
- Es aconsejable no recalentar varias veces comidas preparadas, ya que pueden perder algunas vitaminas como la C o el folato.
- Hacer que la comida resulte un momento agradable creando una presentación atractiva de los alimentos sin que su elaboración resulte laboriosa.
- Es necesario consumir una dieta diversa que contenga un alto contenido en nutrientes. Evitar la rutina y las restricciones en la dieta que prohíben el consumo de algunos alimentos. Promover un equilibrio adecuado entre los diferentes alimentos, eludiendo que al consumir excesivamente uno de ellos desplace o supla a otro también necesario.
- Considerar las preferencias de los ancianos y preparar los menús de acuerdo con los hábitos culturales.

4. RESULTADOS

- Aprovechar las vitaminas y minerales tomando el contenido líquido de los alimentos.
- Evitar no realizar el desayuno, dividir los alimentos en 4-6 comidas diarias y realizar más de una comida caliente al día. Si existe pérdida de apetito, es recomendable comer pequeñas cantidades repartidas en varias veces. Se puede preparar comida para varios días congelándola si no se puede cocinar a diario, recomendando que se descongele lentamente evitando utilizar el microondas para que no pierda el sabor.
- Valorar la posibilidad de acceso a la compra de alimentos o la dificultad para la preparación de la comida. Si es necesario recurrir a sistemas de soporte domiciliario, implicando servicios sociales, vecinos o voluntariado.

4. RESULTADOS

- Para mantener el peso correcto el consumo energético debe ser el apropiado porque cuando el contenido calórico de la dieta es bajo y no se han seleccionado adecuadamente los alimentos que la componen, se produce una drástica reducción de algunos nutrientes.
- En las personas de edad avanzada, la densidad nutricional de la dieta es específicamente útil como indicador de la calidad y adecuación de la dieta. La Sociedad Australiana de Dietética basa su campaña de promoción de la salud en ancianos en la variedad y en la actividad física, promoviendo el concepto de 30.30. Es decir “consuma 30 alimentos diferentes al día (como media en una semana) y haga 30 minutos diarios de ejercicio (National Health and Medical Research Council, 1999).

4. RESULTADOS

- Cuidar el aporte de calcio.
- Moderar el consumo de sal y alimentos salados.
- Reducir el tabaquismo.
- Asegurar el contenido proteico para evitar una mayor pérdida de masa muscular. Las proteínas que se consumen tienen que ser de alta calidad.
- Es necesario realizar frecuentemente algún tipo de actividad física para aumentar las necesidades de energía y el consumo de alimentos.
- El ejercicio físico es muy importante ya que contribuye a prevenir la obesidad, mantener la masa ósea, la independencia y la movilidad, reduce el riesgo de caídas y favorece la exposición al sol, contribuyendo a un adecuado estado nutricional de vitamina D.

4. RESULTADOS

- Debe asegurarse una ingesta hídrica suficiente. En caso de trastornos de deglución debe valorarse la utilización de gelatinas o dietas adaptadas. Puede considerarse el uso de espesantes.
- Para no tener que eliminar ningún alimento de la dieta habrá que mantener una adecuada higiene bucal y cuidar la dentadura para conseguir masticar bien.
- Vigilar situaciones de especial riesgo nutricional como, por ejemplo, el alta de un hospital o las enfermedades recurrentes.
- Realizar un diagnóstico y un tratamiento temprano de la depresión.
- Vigilar la polimedicación. Eliminar al máximo posible alimentos anorexígenos.

4. RESULTADOS

- Favorecer el carácter convivencial y lúdico de las comidas, eludiendo comer solos y fomentar las relaciones sociales.

Así mismo, otro aspecto que hemos encontrado en nuestra revisión es que dentro del grupo de las personas de la tercera edad existen diversos grupos de mayor riesgo respecto a su estado nutricional por lo que desde nuestra labor sociosanitaria deberemos hacer un gran hincapié en éstos, ayudándoles a seguir una buena alimentación así como en la realización de ejercicio físico. Estos grupos son: Edad mayor de 80 años, vivir sólo, viudo/a desde hace menos de un año, cambios recientes de domicilio, patologías "descompensables": EPOC, insuficiencia cardiaca, diabetes, "patologías inductoras" de dependencia funcional: Parkinson, ACVA, artrosis, deterioro cognitivo, ingresos bajos, problemas dentales, vegetarianos

4. RESULTADOS

Depresivos con problemas mentales, alcohólicos, fumadores, intolerantes a la lactosa, polifarmacia, ingresos hospitalarios en el último año y necesidad de atención sanitaria al menos una vez al mes.

Además según estudios encontramos que la ingesta calórica recomendada para la población española mayor de 70 años es de 1.700 Kcal/día para las mujeres y de 2.100 Kcal/día para los hombres (Ruíz-López, 2000).

El menor gasto energético total atribuido a las personas mayores es debido al menor metabolismo basal que disminuye entre el 10 y el 20% entre los 30 y los 75 años, debido a la disminución de la masa muscular.

5. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Tras la revisión de la evidencia científica sobre los riesgos nutricionales en las personas de edad avanzada destacamos que la principal causa de la elevada prevalencia de desnutrición está relacionada con las modificaciones fisiológicas del envejecimiento (alteración del gusto y el olfato, disminución de la absorción digestiva de los alimentos, etc), sin infravalorar otras causas muy frecuentes como son los factores psicológicos o socioeconómicos.

La obesidad es otra de las consecuencias de un trastorno alimenticio en la persona anciana, siendo frecuentemente debido a un déficit de educación nutricional que conlleva una serie de actitudes erróneas. Esta situación muestra la necesidad de una atención sanitaria orientada a la prevención de la desnutrición, utilizando las recomendaciones publicadas

5. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

y avaladas por grupos de investigación y sociedades científicas especializados en la materia.

Por todo lo expuesto en el presente trabajo, concluimos que gran parte de los trastornos alimenticios en la tercera edad podrían ser evitados o tratados, realizando una adecuada intervención nutricional. Esta intervención contribuiría a mejorar la calidad de vida del anciano, reducir la aparición de algunas de las enfermedades más frecuentes y contribuir a su recuperación con el fin de ayudar a mantener, durante el mayor tiempo posible, un estilo de vida independiente.

Los profesionales de la salud, dentro de las actividades de promoción de la salud, debemos proporcionar a esta población una educación nutricional que aumente sus conocimientos

5. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

y modifique sus actitudes, evitando la aparición de cualquier trastorno alimenticio.

Cualquier intervención dietética debe ser individualizada y reevaluada periódicamente para verificar la tolerancia y adherencia a la misma.

Es muy importante conocer cuáles son los factores que modifican las necesidades de estas personas y su estado nutricional en cada momento de cara a poder personalizar los cuidados a seguir.

6. BIBLIOGRAFÍA

-Davidson J & Getz, M (2004). Nutritional risk and body composition in free-living elderly participating in congregate meal site programs. Journal of Nutrition for the Elderly, 24(1), 53-68.

-Department of Health and social security (DHSS) (1972): Nutrition Survey of the Elderly. DHSS report on health and social subjects. Nº123. Report by the panel on nutrition of the elderly. London. HMSO.

-Falque Madrid, L. Piñeiro Corredor; M, Zambrano de Rodríguez, N, Quinterio J, Souki de Gabarrón, A & Arias Márquez, N (1996). Estado nutricional y composición corporal de un grupo de adultos mayores no institucionalizados del estado de Zulia. Venezuela. Arch. Latinoam. Nutr. 46(3), 190-5.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Fleming K. C, Evans J. M, Weber D. C & Chukta, D. S, (1995). Practical functional assessment of elderly persons: a primary care approach. In mayo clinic proceedings 70(9), 890-910. Elsevier.
- Goena M, I. G (2001). Nutrición y valoración del estado nutricional en el anciano. Matia Fundazioa.
- Gómez Vital, M & Zulueta Torres D (2001). Vigilancia alimentaria nutricional en hogares de ancianos. Revista cubana de medicina general integral, 17(6), 526-531.
- Iraizoz, I (2009). Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. Anales del sistema sanitario de Navarra 22, 51-69.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Murphy SP, & Poos ML (2002). Dietary reference intakes: summary of aplications in dietary assessment. Public health nutrition, 5(6ª). 843-849.
- Nacional health and medical research council (1999). Eat well for life. A practical guide to the dietary guidelines for older australians.
- Payette H (1996). Strategies de prevention de la malnutrition chez les personnes agées en perté d'autonomie á domicile. Age & Nutrition, 7(1), 6-9.
- Ramos Martínez A, Asensio Vegas, A, Nuñez Palomo S & Millán Santos L (2004). Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. Anales de medicina interna 21(6), 263-268.

TEMA 142. TRASTORNOS DE TIPO PSICÓTICO.

JÉSSICA LÓPEZ CERNUDA

ÍNDICE

- ¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS?
- SÍNTOMAS Y MANIFESTACIONES
- TRATAMIENTO
- MANEJO DEL PACIENTE PSICÓTICO
- BIBLIOGRAFÍA

¿QUÉ SON LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS?

Los trastornos psicóticos son aquellas enfermedades mentales que se caracterizan por la pérdida de contacto con la realidad.

En las personas psicóticas se produce una afectación seria de la función psíquica a consecuencia de la desestructuración del pensamiento y la alteración de la percepción de la realidad.

También se caracterizan por un comportamiento social inadecuado que a veces puede llegar a ser peligroso para su propia integridad y la de las personas de su entorno siendo necesario internamientos u hospitalizaciones.

Estos trastornos son siempre graves y crónicos.

Estas personas no acostumbran a tener conciencia de su enfermedad y por lo tanto no reconocen su situación como una patología.

El trastorno psicótico más habitual es la esquizofrenia, aunque hay otros como la paranoia, el trastorno maníaco depresivo o el autismo infantil.

SÍNTOMAS Y MANIFESTACIONES

Los síntomas de las personas con enfermedades psicóticas se diferencian entre positivos y negativos.

Síntomas positivos:

Alucinaciones. Son percepciones de estímulos que no existen, oyen voces, ven visiones o cosas que no están, sienten que se mueven cosas bajo su piel, huelen olores inexistentes.

Delirios. Son pensamientos ilógicos o creencias falsas sin base real desde nuestra lógica. También pueden tener ideas delirantes como sentirse perseguido o atacado, culpable de algo..

Conductas extravagantes. Vestirse o tener una apariencia inusual, un comportamiento inadecuado, en muchos casos agitado y agresivo.

Síntomas negativos:

- **Pobreza afectiva**. Falta de expresiones y gestos afectivos.
- **Alogia**. Empobrecimiento del pensamiento que afecta también al lenguaje empobreciéndolo.
- **Falta de atención**. Problemas para concentrar su atención.
- **Abulia-apatía**. Pérdida del deseo o de la voluntad de hacer algo, inactividad, descuido de la higiene..
- **Anhedonismo-insociabilidad**. Pérdida de la sensación de placer en actos que normalmente lo producen (actividades recreativas, sexuales, etc.). Limitación de sus relaciones sociales.

TRATAMIENTO

El tratamiento de un paciente psicótico debe ser siempre individualizado y se compone de la combinación de varios métodos. El objetivo no es curar la enfermedad pero sí ayudar a sobrellevarla y sin duda mejorar su calidad de vida y la de su familia.

Tratamiento farmacológico. Los fármacos utilizados son los antipsicóticos o neurolépticos. Los más utilizados son clozapina, risperidona, olanzapina, aripiprazol, haloperidol, clorpromazina.

Rehabilitación y actividades de apoyo. Permiten a la persona trabajar, hacer compras, cuidar de sí misma, mantener una casa o relacionarse con otras personas. Asegurarse de que tomen la medicación prescrita y así evitar brotes.

Psicoterapia. Se utiliza para establecer una relación de colaboración entre el paciente, la familia y el médico para aprender a manejar su enfermedad y a tomar los fármacos.

Terapia Electro Convulsiva (TEC). Consiste en la inducción eléctrica, bajo anestesia general, de una convulsión generalizada. Se aplica en aquellos trastornos severos en los que el paciente no responde a los fármacos.

MANEJO DEL PACIENTE PSICÓTICO

En el trato con este tipo de pacientes se recomienda mantener una actitud empática, realizar la entrevista sin impaciencia ni desconfianza, con preguntas y explicaciones breves y sencillas. Hay que hacerles ver que comprendemos que su experiencia es real pero sugerirle que quizás haya otra explicación.

Para considerar que un paciente necesita un ingreso evaluaremos varios puntos:

1. Cuando fué el primer episodio psicótico.
2. Riesgo de suicidio o de peligro para el paciente y el entorno.
3. Negativa a tomar la medicación.
4. Ausencia de contención familiar.
5. Efectos adversos graves de la medicación.

BIBLIOGRAFÍA

- **BOBES GARCÍA, J**. (Coordinador): Salud Mental. Enfermería psiquiátrica. Síntesis, 1994.

- **BRODSKY, C.M.; EPSTEIN,L.J**.: The psychiatric disorders of aging in the work organization. Ocupational Medicine, 1996, 11 (4): 739-744.

- https://www.amirsalud.com/que-es-un-trastorno-psicotico/

TEMA 143. TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTES CON LINFEDEMA POSTMASTECTOMÍA.

- DIEGO CERRO TORRE
- SARA RODRÍGUEZ CARBAJO
- AINHOA VEGA REGUERAS
- NATALIA VEGA REGUERAS

ÍNDICE

- ¿Qué es el linfedema postmastectomía?
- Causas
- Prevención
- Tratamiento de fisioterapia

¿Qué es el linfedema postmastectomía?

Se trata de una alteración en el sistema linfático provocando un edema crónico en la mujer que ha sido operada de un cáncer de mama, Se produce un exceso de líquido intersticial rico en proteínas que se estanca en la extremidad superior. Este líquido (linfa) supera la capacidad de reabsorción de los ganglios linfáticos que componen este sistema.

Un proceso oncológico de este tipo no siempre hace que se desarrolle la patología en todas las pacientes pero si existe una relación directa entre el número de ganglios extirpados y la gravedad del linfedema. Se trata de una enfermedad crónica en la que a pesar de no haberse desarrollado tras la extirpación o radioterapia puede aparecer tras un tiempo y siempre existirá la posibilidad de desarrollarlo.

Los signos y síntomas de esta patología son:

- Dolor
- Tirantez
- Hinchazón progresiva
- Cambios en la piel
- Limitación del movimiento
- Edema sin signo de fóvea
- Infecciones cutáneas

Causas

Durante la intervención quirúrgica oncológica, se produce una extirpación de nódulos por lo que se hace insuficiente la red de evacuación (sistema linfático) acumulándose linfa en el espacio intersticial. Este líquido rico en proteínas pueden provocar un aumento en la formación de ácido hialurónico, estimulando a su vez los fibroblastos que provocarán un aumento de las secreciones de colágeno pudiendo producir una fibrosis a largo plazo.

El tratamiento con radioterapia tiene un efecto indirecto sobre el sistema linfático pudiendo fibrosar éste por lo que habrá una mayor dificultad para que la linfa pase por estas vías.

Prevención

- Primaria: Actualmente se recomienda una biopsia del ganglio centinela en lugar de la extirpación de ganglios ya que a mayor número de ganglios extirpados existe una mayor probabilidad de desarrollar linfedema secundario a una intervención quirúrgica postmastectomía.
- Secundaria: El objetivo es reducir el grado de linfedema y enlentecer su evolución. Esto se trabaja mediante la higiene y cuidado de piel y uñas para evitar posibles infecciones, elevación de la extremidad afectada (mayor eficacia en fases tempranas), evitar vacunas, acupunturas, o procesos en los que se deba perforar la piel (también evitaremos tomar la tensión arterial en esa extremidad), mantener un peso adecuado a nuestra altura ya que un IMC alto puede disminuir la eficacia de las mangas y evitar el sedentarismo con ejercicios activos.

Tratamiento de fisioterapia

Se trata de un tratamiento conservador, puede incluir:
- Terapia de compresión: Provocando una compresión externa constante

- Vendaje multicapa: Actúa como una carcasa que hace de tope al contraer la musculatura por lo que se realizaría un masaje que facilitaría el retorno venoso por lo que aumentaría el transporte de la linfa y la reabsorción de macromoléculas evitando que éstas se acumulen.

- Mangas de compresión: Su objetivo es disminuir el edema a través de la disminución del grosor de las venas y así se vería incrementada la velocidad del flujo sanguíneo, facilitando a su vez el retorno venoso y frenando la filtración capilar para evitar recidivas

- Drenaje linfático manual: Se actúa sobre la circulación de la linfa en los caminos naturales ya existentes de reabsorción, eliminando la linfa acumulada en la zona intersticial transportándolo de las zonas más lejanas a las más centrales mediante una presión ligera. Se pretende activar el flujo de líquido en el sistema linfático. Con esta técnica se influye tanto en la parte líquida del linfedema como en la parte macromolecular.

- Compresión neumática intermitente: Se basa en una serie de cámaras neumáticas escalonadas, separadas y superpuestas que forman una manga la cual ejerce presión en sentido distal hacia proximal mediante ciclos de llenado y vaciado de las cámaras.

- Terapia física compleja: Se combinan varias técnicas

1º Fase o “Terapéutica” tiene por objetivo la movilización de la linfa y la disminución del tejido fibroso mediante drenaje linfático y vendaje multicapas.

2º Fase o “ De mantenimiento” se efectúa una vez terminadas las sesiones de drenaje linfático manual y constaría de terapia de compresión, higiene y prevención de infecciones y ejercicio activo.

BIBLIOGRAFÍA

Emile R Mohler III, MD. Babak Mehrara, MD. 2016. Breast cancer associated lymphedema.

A. Leduc, O. Leduc; Drenaje Linfático: Teoría y práctica. Barcelona; Editorial Elsevier; 2006

M.T. Flórez-García, M.D. Valverde-Carrillo; Eficacia del tratamiento conservador no farmacológico del linfedema postmastectomía; 2016

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

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **OBJETIVOS**
- **METODO**
- **RESULTADO**
- **CONCLUSION**

INTRODUCCION

La candida es una levadura que se encuentra en constante equilibro gracias al sistema inmunológico dentro de nuestro cuerpo. Si el sistema inmunológico falla o se toman antibióticos, la candidia prolifera causando infecciones.

OBJETIVO

Determinar las causas y las pruebas diagnósticas para la detección de la candidiasis.

METODO

Búsqueda de artículos de las palabras claves y de investigaciones universitarias en Dialnet y Scielo.

RESULTADO

La candidiasis puede afectar a distintas partes del cuerpo: bucal en niños y adultos, cutánea, vaginal y oral. Con ayuda de un microscopio se realizará un análisis del urocultivo. Para ello se utilizará un bastoncillo estéril sobre la superficie de la piel o mucosa infectada. Un dato característico de la cándida es que a diferencia de otras lesiones blancas orales se elimina con el raspado. Para que el tratamiento sea el adecuado se recomienda realizar un diagnóstico precoz para determinar el tipo de infecciones y para evitar posible contagio, corregir los factores que facilitan su proliferación o eliminar las enfermedades subyacentes, usar fármacos fungicidas adecuados.

CONCLUSION

Conocer qué es, las causas y el diagnóstico ayudará a prevenir. El personal sanitario es el encargado de divulgar la información necesaria a las personas que podrían contraer la enfermedad y a los pacientes afectados.

BIBLIOGRAFÍA

Libros: https://books.google.es/books?id=9u6rBAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=CANDIDA,+CANDIDIASIS&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjmhMLbyerkAhXF5eAKHbK7CO8Q6AEIKDAA

Articulo de revistas: https://www.lavanguardia.com/vida/salud/enfermedades-transmision-sexual-ets/20190412/461602907904/candidiasis-hongo-infeccion-piel-boca-lengua-balanitis-candida-dermatosis.html

Página WEB : https://medlineplus.gov/spanish/yeastinfections.html

TEMA 145. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y VALORES EN CUIDADOS PALIATIVOS.

- CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ
- JOSE ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.
OBJETIVOS.
MATERIAL Y MÉTODOS.
RESULTADOS.
DISCUSIÓN.
CONCLUSIONES.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

INTRODUCCIÓN

- Para un enfermo en situación difícil o terminal la relación con los profesionales sanitarios que le atienden resulta muy importante, de hecho los enfermos consideran que entre los atributos esenciales que debe poseer un profesional de la salud se halla “la voluntad de escuchar y explicar”.
- Nuestros objetivos al comunicar con el paciente en cuidados paliativos deben ser informar, apoyar y orientar.
- Según el artículo 10 de la Ley General de Sanidad “El paciente tiene derecho a que se le den, en términos comprensibles, a él y sus familiares, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”.

- La investigación psicológica ha mostrado que los pacientes graves y terminales viven con menos ansiedad cuando tienen información sobre la verdad de su situación que cuando no la tienen. Según trabajos realizados en España, alrededor del 50%-70% de los pacientes con cáncer desean que se les comunique su diagnóstico. Así pues, se puede afirmar que la cuestión no es ¿Debemos decírselo? sino ¿Cómo compartir esto con el paciente?

- Sabemos que el paciente tiene la necesidad psicológica de recibir información veraz acerca de su estado, y el derecho a recibirla. Sin embargo, esta necesidad no va ser igual para todos los pacientes y en todas las situaciones sino que dependerá, entre otras cuestiones, de factores de personalidad y momento del proceso terapéutico en el que se encuentre el paciente.

- Se recomienda a los profesionales sanitarios evaluar las necesidades de información de manera individualizada y de forma continuada a lo largo del tiempo.

OBJETIVOS.

- Analizar la importancia de la comunicación en los cuidados paliativos en la práctica profesional de enfermería.
- Realizar una reflexión teórica, describiendo su concepto, analizando su impacto en servicios de cirugía y críticos.
- Definir estrategias prioritarias más importantes para la implantación de cuidados de enfermería de calidad.
- Establecer una comunicación efectiva con el paciente y familia para desempeñar unos cuidados de enfermería de calidad.

MATERIAL Y MÉTODOS.

- La metodología se trata de una revisión bibliográfica, se ha realizado mediante la búsqueda de diversas fuentes documentales, publicaciones y/o artículos relacionados con la enfermería de practica avanzada y los cuidados de enfermería en servicios de cirugía y críticos.

- Se realizó una búsqueda online, en los buscadores Google académico, y en las bases de datos EBSCO, Redalyc, Pubmed, Cochraney la guía práctica avanzada en enfermería .El acotamiento fue de los últimos 10 años.

- Los criterios de inclusión son artículos y/o documentos de revisiones bibliográficas y manuales de práctica clínica avanzada que informen sobre los aspectos necesarios para la recogida en base al objetivo planteado.
- Los criterios de exclusión son no cumplir los criterios de inclusión y disponer de información escasamente desarrollada.

PALABRAS CLAVE

- Cuidados de enfermería. Comunicación. Cuidados paliativos. Críticos.

RESULTADOS.

- Consejos básicos para comunicar
- Es importante tener en cuenta que más del 90 % de la comunicación es no verbal, por tanto, el paciente y la familia interpretarán nuestras expresiones faciales, gestos, la postura, el tono de voz, la intensidad de nuestra mirada. Nuestra comunicación verbal debe guardar coherencia con la no verbal para que nuestro mensaje sea coherente.

- La eficacia del proceso de comunicación dependerá:

- • Del tiempo empleado (o de la percepción del mismo por parte del paciente y/o familia) por tanto, es conveniente informar del tiempo del que disponemos al inicio de la conversación.

- • Del lugar en el que se desarrolle la conversación. Trataremos de evitar los pasillos y zonas públicas para comunicar temas delicados y/o con gran carga emocional. Elegiremos estancias privadas en las que el paciente y sus familiares puedan sentarse y expresarse libremente.
- • De que el paciente se sienta realmente escuchado. La postura correcta para una escucha activa será la de sentarnos al lado del paciente o incluso en los pies de su cama, no permanecer de pie y con los brazos cruzados.

- Los profesionales sanitarios tienden a subestimar el poder del contacto físico como forma de comunicación. Tocar al paciente puede reforzar nuestro mensaje y transmitir apoyo y empatía.

DISCUSIÓN

- Comunicación con la familia

- Algunas pautas a tener en cuenta:

- 1. Ofrecer información, acerca de la enfermedad y su evolución, los cuidados que precisa el paciente, a quién pueden recurrir si necesitan ayuda.

- 2. Dar seguridad acerca de que el enfermo está recibiendo los mejores cuidados posibles. Para ello resulta muy útil que sean puntualmente informados de cualquier cambio de tratamiento o procedimiento.

- 3. Hacerles partícipes en los cuidados del paciente. Para ello los profesionales deben facilitarle información acerca de la conducta adecuada, explicándoles lo que se espera de ellos y enseñándoles a cuidar a su familiar.

- Comunicar malas noticias.

- Uno de los puntos más complejos en nuestra práctica diaria como profesionales de la salud es el de establecer una comunicación abierta con el enfermo en situación terminal. La muerte y los procesos asociados conducen a los cuidadores a evitar la comunicación con el paciente y su familia.
- Se define como malas noticias a cualquier información capaz de alterar drásticamente la visión de un paciente sobre su futuro tanto al comunicar el diagnóstico de una enfermedad considerada mortal como al informar del fracaso de la terapéutica curativa que se le administra.

- Algunas pautas:
- Aunque siempre mantendremos la esperanza al comunicar malas noticias, deberemos ceñirnos a esperanzas reales.
- Preguntaremos abiertamente qué desea saber y averiguaremos qué sabe.
- Tendremos en cuenta el bloqueo post información. Suele producirse al comunicar un diagnóstico de cáncer o comentar que no existe tratamiento o cura. Tras este tipo de comunicado, es muy probable que el paciente no siga escuchando lo que estamos diciendo.
- Tras recibir malas noticias, el paciente olvidará gran parte de la información recibida.
- Es muy importante no mentir al paciente.

CONCLUSIONES.

- Derechos de las personas en situación terminal-

- Derecho a recibir atención sanitaria y derecho a tener a un familiar a su lado.
- Derecho a ser tratado con la mayor dignidad y a ser aliviado del sufrimiento de la mejor forma posible.
- Derecho a ser atendido por personas cualificadas y motivadas en este tipo de atención.
- Derecho a recibir ayuda de la familia y para la familia a lo largo de todo el proceso de la enfermedad.

- Derecho a recibir información detallada sobre su estado de salud, incluyendo los resultados de cualquier exploración médica, los exámenes e intervenciones previsibles, los riesgos y los beneficios potenciales, los procedimientos alternativos posibles, el desarrollo del tratamiento y los resultados esperables.

- Derecho a participar en la toma de decisiones relativas a las pruebas complementarias y al tratamiento. El consentimiento informado del paciente es un requisito previo a toda intervención médica.
- Derecho a rechazar un tratamiento, lo que debe ser garantizado especialmente cuan-do un tratamiento médico apropiado no sea eficaz para prevenir o evitar la muerte. La negativa al tratamiento no debe de ninguna forma influir en la calidad de los cuidados paliativos.
- Derecho a mantener una esperanza por cambiante que sea la situación.
- Derecho a rechazar las intervenciones de reanimación o de soporte vital, permitiendo así a la enfermedad seguir su curso natural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.Cibanal, L., Arce, M.C. y Carballal, M.C. (2010). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud. Elsevier: Barcelona.

- 2.García, C. y Ogando, B. (2015). Comunicación eficaz para profesionales de la salud. Enfermería Científica, 276-277, 31-39
- 3. Kozier B. Pofessional Nursing Practice. Concepts and Perspectives. 3rd ed. California: Addison-Wesley Long-man; 2017.
- 4. Watson J. Le caring: philosophie et science des soins infermies. Paris: Seli Arslan; 1998.

- 5. Chalifour J. L'intervention thérapeutique: les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide. Montréal: Gaëtan Morin; 2014.
- 6. Centeno Cortés C, Hernansanz de la Calle S, Arnillas Gómez P. Historia del movimiento Hospice. El desarrollo de los cuidados paliativos en España. En: Marcos Gómez Sancho, ed. Medicina Paliativa en la cultura latina. Arán. Madrid, 1999: 301-316.
- 7. Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press; 2016 (2a ed.). v-viii.
- 8. Twycross RG. Hospice Care, redressing the balance in medicine Journal of the Royal Society of Medicine, 1980; 73: 475-81.

TEMA 146. ALCOHOLISMO EN ANCIANOS.

- PATRICIA CALVO ALONSO

ÍNDICE

1. Introducción
2. Objetivos
3. Consecuencias del alcoholismo en el anciano
4. Cómo obtener ayuda
5. Tipos de tratamientos
6. Conclusiones
7. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos de consumo de alcohol y problemas relacionados continúan constituyendo un importante tema de salud pública para la población de edad avanzada, ya que producen numerosas afecciones psiquiátricas, incapacidad física y social, las cuales pueden afectar el acceso a la atención de la salud.

La población anciana como grupo toma menos cantidad de alcohol en comparación con los jóvenes, pero mientras la población envejece, el número de bebedores en la tercera edad irá en aumento. Datos más recientes señalan que la prevalencia de consumo moderado de alcohol (< 1 bebida por día) en hombres mayor de 65 años era del 37,6 %, mientras que las mujeres de esa edad, la prevalencia de consumo moderado era del 32.3%.

Los alcohólicos ancianos comienzan a beber en respuesta a un hecho o pérdidas traumáticas de seres cercanos, como fallecimiento del cónyuge, enfermedad grave o jubilación.

Es importante reconocer el alcoholismo, dado que causa, agrava o complica el tratamiento de las distintas patologías médicas. Ciertos problemas inexplicables deberían ayudar a presumirlo, incluidas las caídas, episodios de confusión y deficiencias en el cuidado propio de la persona. A menudo el problema es ocultado tanto por parte del anciano/a alcohólico como por parte de su familia, que minimizan el problema y lo atribuyen al envejecimiento. Con este tipo de pacientes, la posibilidad de que reciban tratamiento, depende en gran medida, de la determinación de la familia.

El personalsantario debe hacer un seguimiento regular de los ancianos con problemas relacionados con el alcohol y deben darles asesoramiento en el manejo de los desórdenes vinculados.

2. OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Saber cómo afecta el alcoholismo en ancianos.

Objetivos secundarios:

- Saber cuales son las consecuencias del alcohol en el anciano
- Comprender que tiene solución

3. CONSECUENCIAS DEL ALCOHOLISMO EN ANCIANOS

- Síndrome de dependencia alcohólica.
- Alcohol y trastornos neurológicos, encefalopatía de Wernicke, psicosis de Korsakov, degeneración cerebelosa.
- Laringopatías y alteraciones orofaríngeas.
- Trastornos gastroenterológicos: pancreatitis, cáncer de esófago...
- Hepatopatías
- Alcohol y cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares: el consumo de alcohol es un agente etiológico frecuente de miocardiopatía dilatada no isquémica.

- Síndrome endocrino con disminución de testosterona, inhibición del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, aumento de estrógenos circulantes, descenso de T3 total y aumento de esteroides adrenales.
- Trastornos musculoesqueléticos: se duplica la pérdida de masa ósea y se multiplica por cuatro la incidencia de fracturas; la miopatía alcohólica crónica se caracteriza por atrofia muscular y debilidad progresiva y afecta a musculatura proximal de las piernas.

4. CÓMO OBTENER AYUDA

El primer paso para dejar el alcohol es asumir que existe un problema y admitir que es necesario solucionarlo.

Empezar por hablar con el médico. El profesional podrá aconsejar sobre el proceso de tratamiento. El departamento de salud o las agencias de servicios sociales de cada localidad también pueden servir de ayuda.

Éstas son algunas cosas que debe tratar de hacer antes de empezar cualquier tratamiento:

- Desarrollar intereses que no incluyan el uso de alcohol.
- Evitar personas, lugares y momentos del día que puedan incitar a tomar.
- Planear lo que hacer si siente un deseo urgente de tomar.
- Aprender a decir "no, gracias" cuando alguien le ofrece una bebida alcohólica.
- Acordarse de mantener su buena salud para poder disfrutar las cosas buenas de la vida.

5. TIPOS DE TRATAMIENTOS

- Tratamientos conductuales: Los tratamientos conductuales apuntan a modificar los comportamientos de consumo de alcohol a través del asesoramiento. Son conducidos por profesionales de la salud y están respaldados por estudios que demuestran que pueden resultar beneficiosos.
- Medicamentos: Actualmente, existen medicamentos para ayudar a las personas a dejar o reducir el consumo de alcohol y prevenir la recaída. Son prescritos por médicos dedicados a la atención primaria u otros profesionales de la salud, y pueden aplicarse solos o combinados con asesoramiento. Interdictores del alcohol y fármacos anti-craving.

- Grupos de apoyo mutuo: Los programas ofrecen apoyo a personas que han vivido experiencias similares a quienes están dejando la bebida o reduciendo su consumo de alcohol. Combinados con un tratamiento conducido por profesionales de la salud, los grupos de apoyo mutuo pueden representar un valioso estrato de apoyo adicional. Uno de ellos Alcohólicos Anónimos (AA) caracterizado por un programa de 12 etapas en las que los nuevos miembros tienen que admitir su problema, renuncien a la sensación de control personal sobre el trastorno, hagan una valoración personal, realicen compensaciones y ayuden a otros.

6. CONCLUSIONES

El anciano debido al deterioro correspondiente a la edad tolera de una manera diferente el alcohol, siendo más vulnerable, por lo que las consecuencias de este varían y en muchas ocasiones se confunde erróneamente con otras condiciones relacionadas al envejecimiento.

En pequeñas cantidades, el alcohol puede a determinadas condiciones reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Este no es una razón para animar al consumo de alcohol. Tener cuidado con el peso, tener una actividad física o parar de fumar contribuye indudablemente mejor a proteger el corazón. En todo caso, un consumo excesivo de alcohol daña a la salud.

El alcoholismo es una enfermedad psiquiátrica. Como cualquier enfermedad de este tipo, requiere tratamiento individualizado y continuo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- E. Hales Robert, C. Yudofsky Stuart, A. Talbott John, editores. DSM-IV Tratado de psiquiatría: Capítulo 11: Trastornos por consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas. 3ª ed. Madrid: Masson; 2000. p. 357-406
- Santo-Domingo Carrasco Joaquín, Barca Baldomero Enrique, Carrasco Perera José Luis, García-Camba de la Muela Eduardo, editores. Manual de Psiquiatría: capítulo 22: Trastornos psicogeriátricos. Madrid: Ars Medica; 2002. 525-40.
- Agüera Ortiz Luis, Cervilla Ballesteros Jorge, Martín Carrasco Manuel, editores. Psiquiatría geriátrica. 2ª ed. Madrid: Masson Elsevier; 2006. 655-77.

- National Institute on alcohol Abuse and Alcoholism. Tratamiento del Alcoholismo: Cómo buscar y Obtener ayuda (Treatment for Alcohol Problems: Finding and Getting Help).[Internet];2015[citado 28 sept 2019].Disponible en: https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/treatment-alcohol-problems-finding-and-getting-help-spanish

- Guía para el diagnóstico Doble y la recuperación de los Trastornos del Estado de Ánimo y Abuso de Drogas y Alcohol. Depression and Bipolar Support Alliance [Internet]. Chicago;2003[citado 28 sept 2019]. Disponible en:https://secure2.convio.net/dabsa/pdfs/ddspanish.pdf

TEMA 147. LISTERIOSIS. ALERTA SANITARIA 2019. ALGO ESTÁ FALLANDO.

BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

Mº PAZ NUÑEZ FERNÁNDEZ

ILLÁN SUÁREZ RODRÍGUEZ

Indice:

1 INTRODUCCIÓN:

1.1 Brote epidemiològico.

1.2 Infección Invasiva.

1.3 Periodo de incubación.

2 Resultados:

2.1fallos en el proceso.

2.3 Nº de afectados.

3 **Metodología:**

3.1Revisiones bibliográficas.

3.2Criterios de inclusión.

4 Conclusiones:

41.Estudio Global de la alimentación .

4.2Necesidad de una exhaustiva vigilancia.

4.3El intercambio de datos.

Bibliografía.

Introducción:

1.1El brote epidemiològico que está afectando, principalmente al Sur de España, ha hecho que la listeriosis se haya convertido en un importante problema de salud pública y un destacado objetivo de vigilancia epidemiològico (1).

1.2La listeriosis es una infección por bacteriemia invasiva en el ser humano causada por la ingestión de alimentos contaminados (2), que penetra en el cuerpo humano a través del intestino,después de la ingestión de alimentos contaminados(2).

1.3El periodo de incubación fluctúa de 11 a 90 días con manifestaciones clínicas muy variadas,que complican los diagnósticos aumentando la mortalidad, principalmente en embarazadas, ancianos, recién nacidos y población inmunodeprimida(4).

Resultados:

2.1El caso estudiado pone en evidencia que todo el proceso de seguridad falló: desde el proceso de fabricación, el origen del brote se inició en la fábrica de producción debido a fallos internos, probablemente por no seguir el protocolo marcado en materia de higiene y contaminación cruzada, si los requisitos exigidos en los productos que no llevan calentamiento en el hogar o restaurantes hubieran cumplido los controles correspondientes(siendo estos más exhaustivos que en otros alimentos) el brote no habría sucedido.

2.2El número de afectados hasta el momento, se eleva a 201 personas en Andalucía y a 207 a nivel nacional,brote que ya ha provocado la muerte de tres personas y cinco abortos, cuatro de ellos en Andalucía y otro más en Madrid(4).

Se calcula que según el periodo de incubación y de la retirada de los productos, podrían seguir apareciendo nuevos casos hasta primeros de Noviembre.

Metodología:

3.1El trabajo está realizado basándose en revisiones bibliográficas relacionadas con infecciones por listeria . Los soportes de datos empleados son:

Pudmed y Scielo .

Motores de búsqueda para recoger información específica.

Como palabras claves de búsqueda se utilizán:

listeriosis,infecciones, mala praxis.

3.2Los criterios de inclusión son :estudios avalados científicamente, textos completos, publicaciones realizadas en los últimos 3años, en idioma Inglés y Español. Se obtiene un resultado de 16 artículos de los que se estudian 3 por su similitud con el brote actual.

Se emplea el operador booleano And para obtener las fórmulas de búsqueda:

Seguridad hospitalaria and emergencias.

Seguridad hospitalaria and planes.

Conclusiones:

4.1Del estudio realizado se puede concluir que la Seguridad en alimentación es una cadena que se debe abordar de manera global desde el inicio de la producción inicial, hasta su consumición final. Debiendo trabajar de forma coordinada todas las administraciones relacionadas con la seguridad alimentaria, que eviten las consecuencias sanitarias, económicas y sociales que una mala praxis suele provocar.

4.2El aumento significativo que está sufriendo España hace imprescindible exhaustiva vigilancia de la listeriosis , con las investigaciones microbiológicas necesarias y con la colaboración activa entre los funcionarios de salud pública y los funcionarios de reglamentación alimentaria.

4.3El intercambio de datos a nivel europeo es esencial, dado que muchos brotes de enfermedades transmitidas por alimentos ocurren en un entorno de varios países.(Herrador et al.,2019)

Bibliografía:

1.Valero, F. and Rafart, J. (2019). Estudio de la incidencia de listeriosis en España. [online] Pubmed. Available at: http://www.gacetasanitaria.org/es-estudio-incidencia-listeriosis-espana-articulo-S0213911113000538?ref=busqueda&sig=13107923 [Accessed 31 Aug. 2019].

2. Aalto M,Lundén J, Markkula A, Hakola S, Korkeala H. Las prácticas de saneamiento e higiene de plantas y maquinaria de procesamiento se asocian con la presencia de Listeria monocytogenes en productos. [En línea]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31027805 [Consultado el 9 de septiembre de 2019].

4.. Barreiro E, Santamaría J, Fonseca A . Listeriosis durante el período 2003-2016. [En línea]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29739228 [Consultado el 9 de septiembre de 2019].

TEMA 148. LA ANOREXIA NERVIOSA.

- NOELIA GONZÁLEZ PIÑERA
- VILMA DÍAZ PÉREZ
- MARÍA DEL PILAR HOLGUÍN PÉREZ
- ELISABET HEVIA CAMÍN

ÍNDICE

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

1.INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es un trastorno de la alimentación , y de origen mental, que se caracteriza por el temor intenso a aumentar de peso, obsesionándose con mantener un peso inferior al que correspondería a su complexión. Quienes la padecen tienen una imagen distorsionada de su propia imagen corporal.

Las personas anoréxicas suelen restringir en exceso la cantidad de comida que consumen, controlan el consumo de calorías, usan suplementos dietéticos, diuréticos, laxantes o enemas. Además, pueden obsesionarse con hacer un exceso de ejercicio físico.

2.OBJETIVO

Determinar las causas o problemas que provocan la enfermedad .

3.METODOLOGÍA

Se hace búsqueda en base de datos a través de Google Académico, Mayoclinic, Acab.org.anorexia.

4.RESULTADOS

Las personas que padecen anorexia nerviosa suelen tener una baja autoestima, insatisfacción personal, problemas familiares, ideas sociales y culturales erróneas, y presentan un previo sobrepeso al inicio de la enfermedad.

Aunque es diez veces más frecuente en el sexo femenino, no es una enfermedad que afecte exclusivamente a mujeres, un 10% de los enfermos son hombres.

Suele manifestarse en la adolescencia, entre edades comprendidas entre los 14-18 años, aunque se detectan casos en edades más precoces; se calcula que el 20% de las personas que padecen anorexia nerviosa fallecen por complicaciones de la enfermedad.

Existen signos físicos que pueden ayudar a la hora de reconocer la enfermedad:

- Pérdida excesiva de peso
- Pérdida de cabello
- Ausencia de menstruación
- Intolerancia al frío
- Piel amarillenta
- Insomnio

5.CONCLUSIONES

Es de vital importancia ayudar a la persona afectada a reconocer que tiene una enfermedad. Ayudarla mediante tratamiento psicológico, dándole apoyo familiar, y reeducarla en volver a tener hábitos de alimentación más saludables.

6.BIBLIOGRAFÍA

https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591

http://www.acab.org/es

TEMA 149. GAMMAGRAFÍA TIROIDEA

- AROA IGLESIAS MARTÍNEZ
- JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ
- ÁNGELA BAÑOS TRABANCO
- RAQUEL SERRANO FERRERO

ÍNDICE

- **DESCRIPCIÓN DEL CASO**
- **DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA**
- **CONCLUSIONES**

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 55 años intervenido hace diez años por un carcinoma tiroideo, se remite al servicio de Medicina Nuclear para realizar una gammagrafía en busca de posibles focos calientes o metástasis a distancia.

Las localizaciones más frecuentes son: pulmones 50%, huesos 25%, ambos 20%, otros 5%.

DESCRIPCIÓN DE LA PRUEBA

- La gammagrafía es un tipo de toma de imágenes médicas nucleares. Se utiliza pequeñas cantidades de material radiactivo denominado radiofármacos. Debido a que los procedimientos en Medicina Nuclear detectan actividad a nivel molecular, existe la posibilidad de identificar enfermedades en sus etapas tempranas. También mostrar si el paciente esta respondiendo al tratamiento.
- Son procedimientos no invasivos exceptuando la inyección intravenosa.
- El radiofármaco se acumula en las regiones tumorales o con inflamación y se detectan con la gammacámara.
- La gammagrafía tiroidea de cuerpo entero generalmente se lleva a cabo en personas que tienen o tuvieron cáncer de tiroides.

• Según el tipo de examen el radiofármaco puede ser inyectado, ingerido o inhalado en forma de gas.

•Procedimiento: una vez que el paciente está en la sala, se colocará en una mesa de examen móvil en decúbito supino con el cuello extendido.

•La gammacámara tomará una serie de imágenes desde ángulos diferentes. El paciente quedará quieto por breves periodo de tiempo mientras la cámara toma las imágenes. Una vez finalizado el paciente deberá esperar a que lo revise el facultativo.

•El tiempo real de una gammagrafía tiroidea es de 30 minutos o menos tras la cuál el paciente podrá retomar sus actividades habituales.

CONCLUSIONES

- En el caso descrito no aparecen alteraciones que lleven a pensar en posibles metástasis.
- Tras la prueba el radiólogo revisará las imágenes y enviará un informe al médico de referencia.
- Beneficios: la medicina nuclear proporciona información funcional y anatómica, es barata y puede brindar información más precisa que la cirugía exploratoria.
- El riesgo de radiación es muy bajo por la pequeña dosis utilizada. No se conocen efectos adversos a largo plazo y las reacciones alérgicas extremadamente raras.

BIBLIOGRAFÍA

- Artículos: Real Decreto 479/1993, de 2 de abril, por el que se regula los medicamentos radiofármacos de uso humano.

- Páginas WEB :

www.astursalud.es
www.radiologyinfo.org

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

- INTRODUCCIÓN
- OBESIDAD INFANTIL
- DIABETES MELLITUS EN LA INFANCIA
- OBESIDAD INTANTIL Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES TIPO 2 EN LA INFANCIA
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantojuvenil está denominada como la epidemia del S.XXI según la OMS.
Constituye un importante problema de salud en nuestro país debido a su prevalencia ascendente, su persistencia en la edad adulta, su asociación con otras enfermedades y el gran impacto económico que supone.
La obesidad es considerada como una enfermedad crónica, pero también como un importante factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades responsables de una elevada morbilidad en la edad adulta.
Existe una relación directa entre la obesidad y la diabetes tipo 2. El aumento significativo que existe de obesidad infantil puede provocar una posible epidemia de diabetes tipo 2 en la edad pediátrica.

OBESIDAD INFANTIL

La obesidad infantojuvenil ha ido aumentando de manera alarmante en las últimas décadas.
A nivel mundial, alrededor de 42 millones de niños menores de 5 años tienen sobrepeso u obesidad.

Recientes estudios muestran como España tiene una de las tasas más altas de sobrepeso y obesidad en preescolares (alrededor de un 32%) lo que se traduce como un aumento del 60% desde 1990 y ocupamos el cuarto país en obesidad infantil en Europa.

Diversos factores han contribuido a este aumento tan significativo, como son los factores genéticos, metabólicos, ambientales, socioculturales y socioeconómicos.

Por tanto, estamos hablando de un problema multifactorial pero, sobretodo, nos lleva a evidenciar que los cambios en la dieta que se han generado en los últimos años y la menor actividad física son las causas más importantes que nos ha llevado a este aumento tan significativo en las últimas décadas.

Nuestro país ha ido cambiando paulatinamente en la forma de alimentarse. Las dietas tradicionales han ido siendo sustituidas por otras con una densidad energética mayor.

A esto, hay que sumarle la escasa actividad física, debida en mayor parte a las nuevas tecnologías, ocio pasivo y el mayor uso de transporte, lo que hace que cada vez se use menos la actividad física en las actividades de la vida diaria.

Estos hábitos tienden a consolidarse a partir de los 11 años, y perpetuarse a lo largo de toda la vida. La infancia es, por ello, un periodo crucial para actuar, ya que las costumbres adquiridas en esta etapa van a ser determinantes en el estado de salud del adulto.

DIABETES INFANTIL

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por niveles altos de glucosa en sangre debido a una secreción o acción insuficiente de la insulina o una resistencia a ella en los tejidos diana.

La insulina es una hormona secretada por el páncreas, que hace que la glucosa que circula por el torrente sanguíneo sea utilizada por las células como fuente de energía.

La DM constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia, la morbi-mortalidad asociada y los altos costes derivados de ella. Afecta tanto a la población adulta como a la pediátrica.

Esta situación, si no se corrige, puede ocasionar, a largo plazo, complicaciones tanto a nivel neuropático como vascular.

TIPOS DE DIABETES

La diabetes mellitus en la edad pediátrica es definida por criterios diagnósticos similares a la población adulta.

- **DIABETES TIPO 1**

Se produce por la destrucción de las células beta de los islotes de Langerhans a nivel pancreático.
La causa más frecuente es la autoinmune, aunque también puede ser debido a un defecto primario en la función del páncreas.
Aparece sobretodo en la edad juvenil, el pico máximo de incidencia es entre los 10 y los 13 años.
Se caracteriza por una carencia absoluta de insulina, por lo que en su tratamiento es imprescindible la administración de insulina.

- **DIABETES TIPO 2**

Es la forma más prevalente, supone el 90% de los casos en población adulta.

Las causas que favorecen su aparición son los factores genéticos y ambientales, entre los que se puede señalar la obesidad, inactividad física y los malos hábitos dietéticos.

Se puede producir por un defecto en la secreción de insulina, por una resistencia a sus efectos o por la combinación de ambas.

Aparece generalmente a partir de los 40 años, su instauración es progresiva.

Su tratamiento está basado en tres pilares: dieta, ejercicio y, dependiendo del progreso de la enfermedad, antidiabéticos orales o insulina.

OBESIDAD INFANTIL Y SU RELACIÓN CON LA DM TIPO 2 EN NIÑOS

El progreso de la DM tipo 2 en personas jóvenes está indiscutiblemente asociado al incremento de la obesidad en este grupo de edad, ya que es improbable que en un período tan breve como 20-30 años, la genética de una población se haya modificado para explicar este aumento en la incidencia de DM tipo 2 en la población infantil.

Hasta hace unos cuantos años, los niños eran diagnosticados de DM tipo 1 y la DM tipo 2 se diagnosticaba en adultos y ancianos. Pero en las 3 últimas décadas ha habido cambios en la edad de aparición de la DM tipo 2. Este hecho ha despertado gran interés en los últimos años en varios países por observarse un aumento constante de DM tipo 2 en las personas menores de 20 años, a tal punto que ha pasado de ser de una condición clínica previamente casi desconocida en edades pediátricas a una realidad.

Según la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE), actualmente en España hay unos 10.000 menores de 15 años con diabetes, con cerca de 1.200 nuevos casos cada año. Aunque el 90% están afectados de diabetes tipo 1, lo que preocupa a los expertos es el aumento que está teniendo la diabetes tipo 2 a estas edades.

Y aunque por el momento solo representa el 10% restante y afecta sólo a un 0.15% de todos los niños y adolescentes, el incremento de casos se asocia a un mayor sedentarismo y obesidad. De hecho, España está entre los primeros países con más sobrepeso u obesidad infantil del mundo, afectando ya alrededor del 32% de los niños, lo que conlleva un mayor riesgo de diabetes tipo 2 y todos los problemas cardiovasculares y neuropáticos que ésta pueda ocasionar.

La FEDE advierte que todo esto es un problema teniendo en cuenta que el 80% de los casos de diabetes tipo 2 sería evitable a través de hábitos saludables.

Como hemos dicho, la DM tipo 2 está determinada sobretodo, por factores ambientales, entre los que cabe señalar la obesidad, la inactividad física, los malos hábitos dietéticos (aumento de grasas saturadas, hidratos de carbono simples, disminución de la fibra), los cuales son hábitos modificables.

Todos estos factores contribuyen a aumentar la resistencia a la insulina, que es el elemento esencial en la patología de la DM tipo 2.

CONCLUSIONES

El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la edad pediátrica genera la preocupación de que esto pueda hacer aumentar el número de casos de DM tipo 2 en niños, con todas las complicaciones que esto conlleva.

Esto manifiesta la importancia de la **PREVENCIÓN**, ya que el 80% de la diabetes tipo 2 en la infancia puede ser prevenible. Lo cual pone de manifiesto que debemos **actuar en los factores de riesgo modificables.**

La vida moderna ha ido determinando el fomento de la inactividad física, prestando mayor interés por parte de estos grupos a la televisión, videojuegos, ordenador, al tiempo que disminuye la actividad física tanto en los colegios como en la vida diaria.

Por tanto, es muy importante incorporar la actividad física a la vida de estas personas, y también cambiar rutinas diarias como, por ejemplo, ir y volver del colegio andando, andar en bicicleta, usar las escaleras en vez del ascensor, limitar las horas de videojuegos y televisión a 1-2 horas diarias.

También deben erradicarse los malos hábitos dietéticos, eliminando el consumo excesivo de alimentos hipercalóricos, los hidratos de carbono refinados y las grasas saturadas; aconsejando una alimentación variada y saludable con consumo de grasas no saturadas, fibra dietética y frutas y verduras.

Por eso, desde la familia, centros de salud y colegios es muy importante inculcar a los niños hábitos de vida saludables que constituyan una fuerte defensa, tanto para esta enfermedad como para otras complicaciones futuras.

A su vez, es importante el desarrollo de programas de prevención dirigidos a fomentar la práctica de ejercicio y la adquisición hábitos dietéticos saludables.

En España se impulsa, desde el 2005, La Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física, prevención de la obesidad y Salud), promovida por el Ministerio de Sanidad y Consumo dentro del Plan de Calidad. Su objetivo es sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos y, especialmente los niños y adolescentes, adopten estilos de vida saludables.

BIBLIOGRAFÍA

- A. Cano, I. Pérez, I. Casares. Obesidad Infantil: opiniones y actitudes de los pediatras. Gac Sanit. 2008;22(2):98-104
- D.YesteA.Carrascosa. Complicaciones metabólicas de la obesidad infantil. Anpedi.2011;75(2):135.e1-135.e9
- Pareja Sierra SL1, Roura Carvajal E, Milà-Villarroel R, Adot Caballero A. Estudio y promoción de hábitos alimentarios saludables y de actividad física entre los adolescentes españoles: programa TAS (tú y Alicia por la salud). Nutr Hosp 2018;35(NºExtra 4): 121-129
- Agencia Española de seguridad alimentaria. Estrategia NAOS: Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf

- P.F. Baron, E. Márquez. Diabetes mellitus tipo 2 en niños y adolescentes. Med. Int Mex 2010.26(1)36-47
- R. Barrio, P. Ros. Diabetes tipo 2 en población pediátrica española: cifras, pronóstico y posibilidades terapeuticas . Av Diabetol. 2013;29(2):27-35
- P. Aizpurua Galdeano. La diabetes tipo 2 es cada vez más común en los niños. Evid Pediatri. 2018;14-12
- MJ. Amaya, F. Colino, M. López-Capapé, M. Alonso, R. Barrio. Diabetes Mellitus tipo 2 en la edad pediátrica. An Pediatr (Barc) 2005;62(2):174-7
- Licea Puig Manuel Emiliano, Bustamante Teijido Mirelkis, Lemane Pérez Maritza. Diabetes tipo 2 en niños y adolescentes: aspectos clínico-epidemiológicos, patogénicos y terapéuticos. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2008 Abr [citado 2019 Sep 28] ; 19(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532008000100007&lng=es

.

TEMA 151. BULLYNG,UN DEMONIO ENTRE COMPAÑEROS.

ILLÁN SÚAREZ RODRÍGUEZ

BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

Mº PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

INDICE:

Introducción:
1.1 Caso a estudiar.
1.2 El hostigamiento.
1.3 Consecuencias.
Diagnóstico:
2.1Las características.
Metodología:
3.1 Bases de datos.
3.2 datos de inclusión.
Resultados:
4.1 Plan de Acción de la comunidad educativa.
4.2 Adiestramiento a padres.
Conclusiones:
5.1 Secuelas en el adolescente.
5.2 Erradicación del hostigamiento.
Bibliografìa.

Introducción:

1.1 María, estudiante de 15 años cuenta que un grupo de compañeras de instituto la acolarran en el baño, le pintan la cara con un lápiz de labios ,se ríen entre ellas, la persiguen a la salida de clase llamándole vaca gorda , incluso recibe wasaps con insultos y amenazas.

María está sufriendo agresión y maltrato sistemático ejercido por sus propios compañeros/as .

1.2 El hostigamiento comenzó con burlas que se volvieron sistemáticas y que en ocasiones derivaron en empujones y agresiones físicas de forma intencionada, con el propósito de hacerle daño, teniendo normalmente la expectación de un grupo de compañeras que no participan pero tampoco intervienen para evitarlo .

1.3 La adolescente agredida empieza a experimentar las consecuencias psicológicas ante el acoso: constantemente pone excusas para asistir a clase, su rendimiento escolar a disminuido considerablemente...

Diagnostico:

2.1 Las características de este tipo de violencia son difíciles de identificar, ya que suelen ocurrir a espaldas del profesorado y la familia(en el patio, en el comedor, fuera del colegio, a través del móvil, en la redes sociales, etc.) Aún así, existen una serie de indicadores, que deben alertarnos de que algo no va bien(2)

Pueden observarse tanto en el Acosado:

Absentismo a clase , sin la justificación correspondiente.

Disminución en el rendimiento escolar.

Dificultad de concentración, irritabilidad, insomnio, pesadillas, falta de apetito, problemas gastrointestinales, ahogos, mareos, dolor de cabeza, etc.

Como en el acosador:

Agresividad verbal y/o física ,insultos , conducta violenta, coacciones ,amenazas, agresiones contra la propiedad, abuso de poder , gestos de rechazo o violentos.....

Metodología:

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

1º Pudmed , Scielo y Scholarpedia.

3.2Los criterios de inclusión son: búsqueda en Español e Inglés, entre los años 2017 y 2019 , textos completos, utilizando las palabras claves: bullying ,acoso , escolar , adolescente.

De un total de 1340 artículos se estudian en profundidad, 12 Por su similitud con el caso estudiado.

Se emplea el operador booleano And para obtener las fórmulas de búsqueda:

Acoso escolar and adolescente

Bulliyng and seguridad escolar

Resultados:

4.1 La comunidad educativa tiene el deber enseñar a los estudiantes, padres, compañeros y a la comunidad la importancia de cómo reconocer el acoso y la seriedad que acarrea(1). Se establecerá un plan de acción para atajar los malos tratos, involucrando a los propios estudiantes con asambleas o foros “anti-bullying” pasando a ser agentes activos. Para que la resolución a largo plazo sea efectiva, además de la ayuda a las víctimas, los Acosadores deberán recibir la atención y ayuda adecuada que disminuya la conducta agresiva y conduzca a la verdadera resolución del problema a largo plazo.

4.2El plan incluirá el adiestramiento a padres sobre prevención, detección temprana , intervención, y estrategias de apoyo y refuerzo a sus hijos, así como a personal no docente del centro escolar que deberá poseer la formación adecuada(3).

Conclusiones:

5.1 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.

5.2 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

1 Unesco.org. Acoso y violencia escolar. Protección de los derechos humanos: procedimiento 104. Weblog. [En línea] Disponible en: https://es.unesco.org/themes/acoso-violencia-escolar [Acceso 2019].

2 Athanasiou K, Melegkovits E, Andrie E, Magoulas C, Tzavara C,…. Tsitsika A. Aspectos transnacionales de la victimización por acoso cibernético entre adolescentes de 14 -17 años. [En línea].Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29986687 [Consultado el 10 de septiembre de 2019].

3. Gascón J, Russo I, Cózar A, Heredia J. Adaptación cultural al español y evaluación de una herramienta de relaciones entre pares adolescentes para detectar el acoso escolar [En línea]Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=acoso+escolar [Consultado el 10 de septiembre de 2019].

TEMA 152. BURNOUT:SÍNDROME DEL PROFESIONAL QUEMADO.

- BEGOÑA GARCIA VELARDE
- MARGARITA SERRANO SUÁREZ
- SONIA MARIA PLAZA GARCÍA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **MÉTODO**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout,denominado también “ síndrome del quemado” está relacionado con el ámbito laboral y se caracteriza por una serie de síntomas emocionales, mentales y físicos que conllevan a un estrés laboral. Produce un agotamiento tan severo que es motivo de baja laboral en muchas ocasiones sobretodo a los profesionales que trabajan en relación directa y sostenida con las personas. El profesional siente ansiedad ,insomnio y nerviosismo

OBJETIVOS

Identificar y analizar un problema que aunque haya existido siempre ,nunca se le había dado importancia. Evitar, en la medida de lo posible, las situaciones que generan estrés y ansiedad en el entorno laboral.

RESULTADOS

- El Síndrome de Burnout se genera por un acúmulo de circunstancias (estrés, ansiedad) ,tener que realizar tareas en exceso y escasos descansos) Hay que distribuir de manera equitativa el trabajo; no realizar tareas fuera de nuestras competencias y evitar jornadas excesivamente largas .Así, se favorece el buen ambiente laboral con los compañeros y la jornada fluye mejor.

CONCLUSIÓN

- Para combatir la aparición del síndrome de Burnout hay que realizar carteles con turnos asequibles para facilitar el descanso y especificar con claridad las tareas a realizar por cada colectivo y profesional. Así se evitará la aparición de este síndrome que se ha convertido en una patología cada vez más común en nuestra sociedad.

MÉTODO

- Se realiza revisión bibliográfica sistemática en distintas bases de datos como MEDLINE.Estudios de investigación en la página de Sanidad en el entorno de trabajo 2018 y se obtienen datos de Google académico.

BIBLIOGRAFÍA

- .Conocimientos adquiridos en el trabajo y contacto con personas del entorno que han sufrido esta patología en sus propias carnes.

TEMA 153. BURNOUT: MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.

- LAURA TRABADA MARTÍN
- ANA ISABEL GONZALEZ ÁLVAREZ
- LAURA GARCÍA FERNÁNDEZ
- MARIA JOSÉ MARTÍN SANCHEZ

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

El burnout también conocido como “síndrome de desgaste profesional” o "síndrome de estar quemado" fue descrito por primera vez en 1974 por el psicólogo Herbert Freudenberger. Sin embargo, es en los años ochenta cuando Christina Maslach, dándole forma al concepto, relaciona este síndrome con profesiones en las que se precisa de un contacto directo y continuado con otras personas. Desarrolla así mismo el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI) en el que valora tres dimensiones del burnout: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). Posteriormente numerosos autores se adhieren a esta teoría analizando el estrés al que el colectivo de las profesiones sanitarias está sometido, y en consecuencia, cómo este síndrome les afecta de forma creciente.

OBJETIVO

Analizar la relación entre burnout y las habilidades personales, comunicativas y resiliencia individual entre el colectivo sanitario.

MATERIAL Y MÉTODO

- Revisión bibliográfica en bases de datos y revistas y publicaciones científicas sobre artículos referidos al tema descrito.
- Estrategía de búsqueda: tras realizar una búsqueda sistemática por las diferentes Bases de Datos consultadas como, Pubmed, Cochrane, Dialnet, , Scielo, mediante la utilización de una serie de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), y conectores booleanos AND y OR.
- Los descriptores utilizados fueron burnout profesional, resiliencia, habilidades de comunicación, personal de salud, salud laboral, enfermería.

RESULTADOS

El síndrome de burnout aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido.

Existe mayor prevalencia en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos, como en el ámbito sanitario, y especialmente en personas con unas expectativas superiores a las que la realidad finalmente le ofrece.

La sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás, así como una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes aparece en profesionales afectados. Sin embargo, por definición, niveles bajos respecto a la dimensión de la Realización Personal (RP), expresado por sentimientos de competencia y éxito, es indicativo por sí mismo del síndrome de burnout.

RESULTADOS

Tras la revisión sistemática cabe destacar la influencia que estos estudios otorgan a las competencias individuales de cada profesional frente los citados factores descriptivos.

Se determinan que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento potencialmente estresor. Como afronta cada uno las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio son determinantes. La evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no.

Se evidencia que un aumento en las habilidades de comunicación y la capacidad de resiliencia en el profesional sanitario actúan como factores protectores y mitigadores frente

RESULTADOS

al burnout.

También se concluyó que actúan como variables protectoras: la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica.

CONCLUSIÓN

Existe un aumento en los últimos años de publicaciones analizando la incidencia y los factores determinantes del burnout sobre el colectivo sanitario.

En contraposición, el número de estudios analizando intervenciones concretas que fomenten los factores protectores para evitar o amortiguar las nefastas consecuencias del síndrome descrito son menores, por lo que resultaría interesante un aumento en los estudios sobre esta línea de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Pérez-Fuentes María del Carmen, Molero-Jurado María del Mar, Gázquez-Linares José J., Simón-Márquez María del Mar. Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. The European Journal of Psychology Applied to Legal Context [Internet]. 2019 Jun [citado 2019 Sep 25] ; 11(1): 33-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1889-18612019000100004&lng=es. http://dx.doi.org/10.5093/ejpalc2018a13.

Grau Armand, Flichtentrei Daniel, Suñer Rosa, Prats María, Braga Florencia. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout

BIBLIOGRAFÍA

en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Abr [citado 2019 Sep 25] ; 83(2): 215-230. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000200006&lng=es
.

Albanesi S, Morales C. Riesgo laboral del personal de enfermería. Federación Argentina de Medicina General. Disponible en http://www.asmgyf.org. ar/dmdocuments/pdffamg/011eb-011.pdf. Citado el 25 de Septiembre del 2019.

Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005; 19:463-470.

TEMA 154. RADIOTERAPIA: PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA DEL ALZHEIMER.

- **CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ**
-

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de alzheimer (EA) :

•Enfermedad neurodegenerativa progresiva que causa demencia.

•Afecta a personas de edad avanzada, representa un problema cada vez mayor en la población.

•Es necesario hacer un diagnostico precoz de la enfermedad.

OBJETIVO

Identificar el estudio de la enfermedad de Alzheimer, mediante Resonancia Magnética.

•Evaluar la Resonancia Magnética como prueba de imagen más sensible y menos invasiva para esta enfermedad.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica sometida a fuentes primarias, libros ,artículos de revistas Doc. Org. Oiciales. Método Lilac , Método Pubmed.

RESULTADOS

Prominencia en surcos corticales de predominio fronto-parietal.

•Lesiones hiperintensas subcortical frontal.

•Estudio Espectroscopico que muestra un discreto descenso del pico N-acetlaspartato con aumento del pico de minositol .

CONCLUSIONES

Es evidente que la precocidad del diagnostico de la enfermedad de alzheimer genera beneficios para el paciente tanto a nivel médico personal y social.

•La Resonancia magnética juega un papel importante y fundamental para el diagnóstico de la enfermedad ya que permite estudiar las estructuras cerebrales ,la perfusión cerebral y la actvidad cerebral.

BIBLIOGRAFÍA

-Diagnostico precoz de la Enfermedad de Alzheimer (Martin Carrasco, M., & Bulbena Vilarrasa, A. (2003). Diagnóstco precoz de la enfermedad de Alzheimer. Psiquiatría Biológica, 10(4), 119-132.)

-Secuencias funcionales en Resonancia Magnétca(Lizardo, O. A. C. (2009). Secuencias funcionales en resonancia magnétca (difusión, DTI, espectroscopia). Secuencias funcionales en resonancia magnétca (difusión, DTI, espectroscopia), 14(1), 58-68.

-Diagnostco precoz de la enfermedad de Alzheimer(Valls-Pedret, C., Molinuevo, J. L., & Rami, L. (2010). Diagnóstco precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. Rev Neurol, 51(8), 471-480.)

TEMA 155. PREVENCIÓN DE DAÑOS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA.

- **CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ**
-

ÍNDICE

- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

La radioterapia es un tratamiento que usa rayos o partículas de alta energía con el fin de eliminar las células del cáncer y reducir tumores. Es fundamental en pacientes oncológicos, dicho tratamiento también puede afectar a los tejidos sanos adyacentes aunque se intenta ocasionar el menor daño posible. Los efectos secundarios más comunes son la toxicidad, reacciones cutáneas, caída de cabello y fatiga a medida que el tratamiento continua.

El objetivo es identificar las medidas preventivas del efecto secundario de la afectación cutánea y los cuidados de enfermería necesarios para el paciente bajo un tratamiento con radioterapia.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal en el cual se ha realizado una búsqueda sistemática bibliográfica en diferentes estudios y artículos de revistas científicas. Las bases de datos consultadas fueron: Scielo, Pubmed, Cochrane, utilizando artículos de los últimos diez años. Se utilizaron descriptores como: radiación, cáncer, cuidados de enfermería y toxicidad.

RESULTADOS

Entre el 78% y 92% de pacientes sometidos a radioterapia presenta afectación en la piel en diferentes grados. Por lo tanto, se considera un efecto secundario inevitable, con lesiones importantes que se presentan en forma de eritema y que puede llegar a provocar úlceras cutáneas.

CONCLUSIONES

El rol del técnico en radioterapia es fundamental por lo tanto es importante el cuidado de las lesiones manteniendo la higiene y la integridad de la piel y paliar lo máximo posible el dolor y el confort de la zona afectada. El papel del técnico en radioterapia se basa principalmente en la prevención y protección reforzando la educación sanitaria a los pacientes y/o cuidadores principales. Para la higiene se recomienda el lavado de la zona con agua y jabón e hidratación abundante. Es muy importante la prevención de las complicaciones del tratamiento con radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- Verdú Rotellar J. M., Algara López M., Foro Arnalot P., Domínguez Tarragona M., Blanch Mon A., Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. Medifam (Internet). 2002 Jul.
- Montero A., Hervás A., Morera R., Sancho S., Córdoba S., Corona J. A. et al. Control de síntomas crónicos: Efectos secundarios del tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia. Oncología (Barc.) (Internet). 2005 Mar

TEMA 156. RADIOTERAPIA EN EL COLESTEATOMA: DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN.

- CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ
-

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

Un colesteatoma es un tipo de quiste encontrado en el oído medio tras del tímpano. Es un tumor no canceroso que aparece cuando la piel del tímpano que ha sido punzada crece a través del orificio en el odio medio. Si se produce una infección la piel continuara creciendo formando un colesteatoma. A pesar de ser de tipo benigno el crecimiento exponencial puede causar daños al destruir los huesos auditivos y crear problemas de audición, además de causar daños nerviosos, pérdida auditiva, sordera, mareos y problemas de equilibrio.

OBJETIVO

Determinar los tratamiento que se producen en el colesteatoma.

METODOLOGÍA

El trabajo se ha realizado mediante búsquedas en Internet. La base de dato, de la cual he obtenido la información es : cancercarewny, usando los criterios de inclusión referente al temario de técnico en radioterapia del IES Albert Einstein. Sevilla.

RESULTADOS

Es importante conocer los síntomas para poder así analizarlos y poder identificar si puede o no padecer esta anomalía en la estructura interna del oído. Esta información se puede usar para contrastar un diagnóstico y podrá ser corroborado con otros estudios similares. El fin de esta aportación es informar y dar a conocer una enfermedad peligrosa no muy común y llevar acabo un plan de actuación. Como resultado de las pruebas diagnósticas obtenemos los siguientes tratamientos: Se necesita la limpieza minuciosa del oído para retirar líquidos y bacterias. Por lo general se administran gotas para los oídos. Se puede necesitar cirugía si el tumor está amenazando la audición o el equilibrio. Se necesitan medicamentos para secar el líquido en el oído e incluyen antibióticos orales. Se prescriben antibióticos para eliminar cualquier infección en el oído.

CONCLUSIONES

Los colesteatomas causados por defectos congénitos no se pueden prevenir. Sin embargo, el tratamiento adecuado de las infecciones del oído puede prevenir los colesteatomas.

BIBLIOGRAFÍA

Rodríguez Vega B, Ortiz Villalobos A, Palao Tarrero A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A , Chinchilla C .Eur.J.Psychiat.2002;16(1):27-38

TEMA 157. PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

ESTEFANÍA BLANCO GARCÍA
ROCIO VÁZQUEZ CUERVO
RAQUEL RUIZ TURRADO
MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- -INTRODUCCIÓN …….. Pág. 3
- -OBJETIVOS…….. Pág. 6
- -CLASIFICACIÓN DE ÁREAS ……. Pág. 7

-SEÑALIZACIÓN……Pág. 10

-BIBLIOGRAFÍA ……... Pág. 12

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 158. ESTUDIOS DEL TUBO DIGESTIVO.

- MERCEDES ERICE ÁLVAREZ
- NOELIA DE CON SANTOS
- SUSANA GARCIA LUCES
- LEONOR Mª ARMENTEROS DEL OLMO

ÍNDICE

1.ESOFAGOGRAMA
2. ESTUDIO GASTRODUODENAL
3.TRANSITO INTESTINAL
4. ENEMA OPACO
5. BIBLIOGRAFÍA

1.ESOFAGOGRAMA

Consiste en el estudio del esófago de manera radiológica. Para ello será necesario la utilización de un contraste de bario que se administre de manera oral.
Los materiales que se necesitan para el estudio son:

- Contraste de bario.
- Pajita y vaso para beber.

También es importante que el paciente acuda en ayunas.

Para comenzar el estudio el equipo estará colocado en posición vertical, y el paciente se colocara en bipedestación y con cierta oblicuacidad, de esta manera se pretende que la columna no se superponga al esófago.

Pediremos al paciente que empiece a beber, controlando la ingesta mediante escopia. Una vez que el contraste se encuentre y pase por una zona de interés se capturarán las imágenes. Es importante captar la zona alta, media y baja del esófago. Cuando se realicen estas imágenes, se movera el equipo con el paciente, de modo que quede en posición horizontal. Una vez hecho esto colocaremos al individuo en decúbito oblicuo postero-anterior derecho, asegurándonos que los brazos del paciente no interfieran. Cuando este colocado de esta manera se le mandará que vuelva a tomar contraste y se le realizarán las imágenes que se consideren necesarias. Se le irá pidiendo que se mueva de un lado a otro dependiendo de lo que se quiera ver.

Es importante que se visualice el esófago por completo, incluyendo desde la faringe hasta el estómago. Centraremos a la altura de D5 o D6.
Si se quiere realizar el estudio de doble contraste se introduce a la vez el bario y las pastillas efervescentes.

2.ESTUDIO GASTRODUODENAL

Es importante que para este tipo de prueba el paciente acuda en ayunas. Es el estudio que se realiza radiográficamente del estómago y duodeno, utilizándose un contraste de bario para su visualización. También se puede utilizar la técnica de doble contraste.

Antes de empezar con el estudio se realizará al paciente una placa de abdomen en vacio. Con ella, se puede visualizar si existen lesiones antes de introducir el contraste, también con esta placa podemos ver si existe aire en el abdomen, ya que si la preparación se hizo correctamente no debería existir.

Se centrará aproximadamente en L2 para ver el espacio comprendido desde el cardias hasta el ángulo Treitz.

Es habitual mandar al paciente moverse buscando información de utilidad.

Debemos saber que el estómago estará lleno de contraste, por lo que su localización puede variar respecto a cuando se encuentra vacio.

En muchas ocasiones se le puede mandar al paciente que tosa con fuerza o que realice la maniobra de “valsalva”, para observar el reflujo gastro- esofágico. Al finalizar el estudio se debe observar el bulbo pilórico distendido, permitiendo el paso del contraste al duodeno.

3.TRANSITO INTESTINAL

Mediante la utilización de un contraste de bario, se estudia el intestino delgado. También es posible la utilización de la técnica de doble contraste. En este estudio es muy importante visualizar la válvula ileo- cecal.

Es importante que el paciente acuda en ayunas. Entorno a dos días antes de la prueba es conveniente que el individuo realice una dieta blanda, pobre en residuos para que el intestino tenga la menor cantidad de gas posible.

La prueba comenzará con una radiografía simple de abdomen, en vacio. A continuación se le mandará al paciente que se coloque en decúbito supino para poder obtener una buena visión del yeyuno.

Le pediremos al paciente que realice varias posiciones, como vimos en los estudios anteriores, según lo que nos interese visualizar. En pacientes que son delgados puede ser habitual que se les mande colocarse en “ Trendelenburg”, para facilitar que el contraste baje.

Seguidamente se realizará la primera radiografía, 15 minutos después que el paciente ingiriera el contraste, para que ya se encuentre en el yeyuno. Posteriormente se irá controlando por escopia . Es importante tener en cuenta que cada paciente tiene una movilidad intestinal diferente, por lo que el estudio puede durar 30 minutos o incluso demorarse horas. Para facilitar la movilidad intestinal de algunos pacientes se le puede solicitar la ingesta de líquido.

El médico radiólogo nos irá diciendo cada cuanto tiempo quiere que le hagamos imágenes.

Cuando se observa como el contraste ha rellenado el intestino delgado, se podrá utilizar el compresor para ver la válvula ileo-cecal.

4.ENEMA OPACO

Es el estudio radiológico del intestino grueso.
Se pretende visualizar desde el ano hasta la válvula ileo-cecal. Para este estudio se utilizará bario o bario-aire, por el ano. Este estudio se lleva a cabo de manera retrógrada.

El paciente tendrá que acudir en ayunas, porque las heces y los gases pueden impedir obtener imágenes de calidad, por lo que es de vital importancia una buena preparación, para que el colon este limpio.
Al paciente le introduciremos una cánula bien impregnada en lubricante por el ano. Para facilitar su introducción el paciente estará en posición sims. Antes de introducir el contraste nos aseguraremos que este bien diluido y lo colgaremos en un gotero. Cuanto más alto coloquemos el contraste más rápido entrará en el paciente.

El estudio comienza con una radiografía simple de abdomen en vacio, con el fin de observar patologías previas.
En un comienzo el paciente estará en decúbito lateral izquierdo, con el fin de visualizar la entrada del contraste por el recto y el sigma. Más adelante pediremos al paciente que se rote, para ir visualizando el colon, el codo esplénico, colon descendente, codo hepático, colón trasverso hasta llegar al ciego ,para ver la válvula ileo-cecal. Cuando llegue el contraste a la válvula no le introduciremos más.
Cuando tengamos las imágenes que precisábamos, se procederá a extraer todo el contraste. Para ello se bajará al suelo el bote de contraste, ya que por gravedad irá saliendo el líquido del colón.

Tras retirar la sonda al paciente, se le pedirá que pase al baño para evacuar todo lo que tiene en su interior.
Finalmente se realizará una última radiografía postevacuacional, para observar los resto de contraste que han quedado.

BIBLIOGRAFÍA

Lorenz, Jonathan. Gastrointestinal imaging. Editorial: Thieme Verlagsgruppe, 2011

Adam A, Dixon AK, Gillard JH, Schaefer-Prokop CM, eds. Grainger & Allison's Diagnostic Radiology: a textbook of medical imaging. 6 Ed. New York. Elsevier ChurchillLivingstone; 2015.

Manuel Lamas Lorenzo. Actualización de la exploración radiológica del aparato digestivo. Editorial: Iberoinvesa-Pharma, 2014.

BIBLIOGRAFÍA

Fernández Mena FJ. Radiología simple y con bario en el aparato digestivo. TC y RMN abdominales. En: Caballero A, editor. Manual del Residente de Aparato Digestivo. Madrid: ENE publicidad; 2005.

J. Weir. Atlas de anatomía humana por técnicas de imagen (4ª ed.) Editorial: Elsevier España, S.A., 2011.

TEMA 159. FISIOTERAPIA LUMBAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

- GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- TRATAMIENTOS
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es muy frecuente en niños y adolescentes y uno de los principales motivos de consulta en el pediatra. Además, si no se tratan y se mejoran posturas, es muy probable que esos dolores se mantengan o empeoren en la edad adulta.

Algunos niños y adolescentes pueden ver limitadas sus capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Los tratamientos deben de aplicarse cuanto antes mejor.

TRATAMIENTOS

Los tratamientos se dividen entre los que tienen una finalidad preventiva y los que tienen una finalidad rehabilitadora. Las de finalidad preventiva se realizan el los centros escolares y son muy eficaces para ampliar conocimientos y mejorar las conductas. Las intervenciones terapéuticas usan el ejercicio, la terapia manual y el acondicionamiento físico terapéutico.

Los tratamientos de fisioterapia se muestran efectivos en el dolor lumbar en niños y adolescentes.
El tratamiento con ejercicio, aplicado de forma aislado o combinado es el más utilizado por los autores.
Es difícil determinar si estas intervenciones tienen implicaciones a largo plazo en adultos con dolor lumbar.
Son necesarios estudios con periodos de seguimiento, y de mayor calidad metodológica para confirmar la efectividad a largo plazo de estos tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

Calvo-Muñoz I., Gómez-Conesa A., Sánchez-Meca J.. Eficacia de los tratamientos de fisioterapia para el dolor lumbar en niños y adolescentes: Revisión sistemática. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2012 Jun [citado 2019 Ago 30] ; 19(3): 138-146. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462012000300005&lng=es.

TEMA 160. HEPATOPATÍA POR ALCOHOL.

- LIDIA SERRANO DÍAZ

ÍNDICE

- 1. EPIDEMIOLOGÍA
- 2. HISTOLOGÍA
- 3. DIAGNÓSTICO
- 4. SCORES GRAVEDAD
- 5. TRATAMIENTO
- 6. BIBLIOGRAFÍA

1. EPIDEMIOLOGÍA

El consumo abusivo de alcohol es la causa del 6% de todas las muertes en el mundo (7% en hombres y 4% en mujeres). Más frecuente en hispanos en comparación con caucásicos y afroamericanos.

El consumo medio de alcohol en el mundo son 6 litros de alcohol puro por persona/año. En Europa es mayor (9-10 litros por persona/año).

De forma práctica podemos decir que 1 bebida = 10 gramos de alcohol puro. Siendo el limite de seguridad en las mujeres: 2 bebidas al dia y el limite de seguridad en los hombres: 3 bebidas al dia (estas dosis en hombres y mujeres son las que la evidencia ha demostrado que no evolucionan a cirrosis).

1. EPIDEMIOLOGÍA

¿Hay un nivel seguro de consumo de alcohol?

El alcohol es un carcinógeno, para lo que no hay dosis de seguridad. La seguridad es no consumirlo.
Pero es además cardioprotector, según la ley J (en poca cantidad es protector coronario, en alta cantidad es perjudicial).

2. HISTOLOGÍA

El 90% de los grandes bebedores tienen esteatosis. El 10% de éstos tras una media de 10 años progresarán a cirrosis.

El espectro histológico abarca cuatro grupos de lesiones que predominan en las regiones centrales de los lóbulos hepáticos:

a) esteatosis macrovesicular.
b) lesion hepatocelular. Se caracterizan por hepatocitos en globo (por pérdida de la tinción citoplásmica de la queratina 8 y 18).
c) inflamación lobular, especialmente neutrófilos.
d) fibrosis o cirrosis.

2. HISTOLOGÍA

¿Se puede diferenciar una esteatohepatitis alcohólica de una no alcohólica?

Histológicamente se pueden diferenciar, pero algunos hallazgos son compartidos por ambas entidades, por lo que en un 10-20% de biopsias hepáticas no son rentables para realizar el diagnóstico diferencial entre ambas.

3. DIAGNÓSTICO

Los datos analíticos que orientan a un origen por alcohol son: GOT/GPT>2, GGT elevada y VCM>100.

Además en cuadros agudos de hepatopatía por alcohol aparece ictericia u otros signos de descompensación (ascitis, encefalopatía hepática…). No es infrecuente que aparezca tras un periodo de días o semanas sin consumo. Suelen aparecer tras décadas de consumo de alcohol de >80gramos al día.

4. SCORES DE GRAVEDAD

En una hepatopatía aguda por alcohol empleamos:

-Índice de Maddrey modificado (si<32 es una hepatitis aguda alcohólica no grave, con una mortalidad al mes del 10% y que no requiere tratamiento específico. Un Maddrey modificado de >32 indica una hepatitis alcohólica grave, inicio de tratamiento específico con corticoides y mortalidad al mes del 20%).

-MELD>20 indica alta mortalidad a los 3 meses.

5. TRATAMIENTO

Si Maddrey >32 iniciamos corticoides (Prednisolona 40mg al dia) + N-acetil-cisteinas.

A los 7 días de tratamiento calculamos el índice de Lille:

-Lille igual o superior a 0.45 suspendemos los corticoides y avisamos a la Unidad de trasplante.
-Lille inferior a 0.45 mantenemos corticoides 28 días más y reducimos después la dosis durante 3 semanas hasta suspender.

5. TRATAMIENTO

Dosificación de N-acetil-cisteína:

-12.5mg/kg en perfusión iv las 4 primeras horas.
-6.25mg/kg en perfusión iv las 16 siguientes horas.
-100mg/kg en perfusión iv los siguientes 4 días.

5. TRATAMIENTO

Una vez superado el cuadro agudo, el tratamiento crónico de la hepatopatía por alcohol consiste en:

-Abstinencia alcohólica.
-Dieta sin sal.
-Complejos de vitaminas del grupo B.
-Considerar trasplante hepático si MELD>15.

6. BIBLIOGRAFÍA

1.Dunn W, Jamil LH, Brown LS, Wiesner RH, Kim WR, Menon KVN, et al. MELD accurately predicts mortality in patients with alcoholic hepatitis. Hepatology. 2005;41:353-8.

2.Phillips M, Curtis H, Portmann B, Donaldson N, Bomford A, O'Grady J. Antioxidants versus corticosteroids in the treatment of severe alcoholic hepatitis. A randomized clinical trial. J Hepatol. 2006;44:784-90.

3.Tomé S, Martinez-Rey C, González-Quintela A, Gude F, Brage A, Otero E. Influence of superimposed alcoholic hepatitis on the outcome of liver transplantation for end-stage alcoholic liver disease. J Hepatol. 2002;36:793-8.

TEMA 161. FISIOTERAPIA Y AUTISMO.

- GUILLERMO JOSE PARCERO IGLESIAS

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **ACTIVIDADES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCION

Los niños con trastorno del espectro tienen alteradas la comunicación, las relaciones sociales y además tienen déficits motores, los cuales pueden ser tratados mediante fisioterapia, para conseguir mejorar el desarrollo y la interacción social.

Es importante trabajar a través del juego. El tratamiento en el agua es muy eficaz.

La misión del fisioterapeta es intervenir en la psicomotricidad, potencian la interacción entre lo somático y lo afectivo, inciden positivamente en el desarrollo global del niño. La suma de las técnicas de fisioterapia y las de psicomotricidad va a mejorar la integración de las funciones motoras y mentales, mejorando la integridad de la persona, física, cognitiva y emocional

ACTIVIDADES

Primero hay que saber cuales son las características que pueden tratarse desde la fisioterapia:

Actividad motora: Pueden ser niños apáticos o por el contrario niños muy activos pero con poco interés por los objetos o personas.
Alteraciones del tono muscular: Hipotonía o hipertonía.
Posturas y actitudes
La marcha
Retraso psicomotor
Habilidades personales
Estereotipias
Voz

Objetivos de la fisioterapia en niños con TEA

Evaluar la respuesta del paciente gracias a la aplicación de un tratamiento de cointervención, y acorde con las características de nuestro entorno.

Valorar la mejoría de la autonomía a largo plazo del niño con TEA una vez finalizado el tratamiento.

Valorar posibles complicaciones físicas que puedan disminuir la calidad de vida (deformidades, contracturas, alteraciones de la marcha, estereotipias, etc.), reduciéndolas en la medida de lo posible.

Estimar la mejoría de aspectos motores ligados a los TEA, para facilitar la autonomía.

Proponer y promover una nueva vía en la fisioterapia pediátrica en el tratamiento de los TEA.

Evaluar situaciones de dependencia y las cargas sociales que supone la enfermedad para el niño, la familia y la sociedad; y provocar su disminución como consecuencia de la intervención.

Fomentar el reconocimiento del rol del fisioterapeuta pediátrico como miembro activo dentro del equipo multidisciplinar encargado del tratamiento integral del niño con TEA.

Evaluar la aplicación de las propiedades de distintos medios (hidroterapia y masoterapia) en la mejora de las condiciones físicas y vinculares del niño con TEA.

Objetivar cómo el tratamiento del fisioterapeuta puede ayudar a los resultados del tratamiento de psicomotricidad haciéndolo complementario desde la cointervención.

Ofrecer una herramienta terapéutica a las escuelas de educación especial que acojan niños con TEA, así como a las correspondientes asociaciones de padres.

Actividades

Tratamiento en medio acuático: Tonificación, coordinación, equilibrio, relajación, motricidad fina, marcha…

Tratamiento en sala de juegos: Coordinación, propiocepción, estimulación psicomotriz, equilibrio…

Con la cointervención entre el psicomotricista y el fisioterapeuta se podrá conseguir que el tratamiento sea más eficaz, creando una mejor respuesta del niño. Desde el tratamiento fisioterapéutico precoz, se podrán evitar las posibles complicaciones físicas, mejorando la salud integral a lo largo del ciclo vital.

La ganancia en autonomía implica una menor dependencia familiar y social en el futuro, y una mejora en la calidad de vida familiar. Se puede conseguir que el niño con autismo tenga menos dependencia de las personas de su entorno.

La mejora en los aspectos motores y funcionales favorecerá la destreza en la autonomía, así como un buen control motor

BIBLIOGRAFÍA

- Cazorla González J. J., Cornellà i Canals J.. Las posibilidades de la fisioterapia en el tratamiento multidisciplinar del autismo. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2014 Mar [citado 2019 Sep 11] ; 16(61): e37-e46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000100016&lng=es. http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000100016.

TEMA 162. ENFERMERIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO.

- **SUSANA MARTIN LORENTE**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- ACTUACION ENFERMERA
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

La violencia de género ocurre en todos los países y clases sociales. La ONU la define como “cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada”

Se estima que hasta un 35% de las mujeres son víctimas de violencia de género, aunque es nuestro país la tasa de denuncias es muy baja.

La violencia contra las mujeres se relaciona exclusivamente con la violencia física grave, sin embargo, la violencia comprende también el maltrato psicológico, sexual, de aislamiento y control social, que pasan mucho más desapercibidos.

ACTUACIÓN ENFERMERA

Las mujeres víctimas de violencia hacen más visitas a los servicios sanitarios que las demás y tienen peor salud. Tienen más estrés y problemas psicológicos, síntomas concomitantes y mayor uso de antidepresivos. También está demostrado que las mujeres sometidas a violencia se someten más a cirugía, prolongan su estancia hospitalaria más que el resto de mujeres y consumen más fármacos, además de desarrollar más problemas cardíacos y dolores musculo-esqueléticos en el cuello y en la espalda y otras manifestaciones sistémicas.

Es necesario formar de manera adecuada a los profesionales sanitarios implicados en la atención a víctimas de violencia de género.

Muchas veces no se detecta que el origen de los síntomas se debe a las barreras psicológicas y culturales existentes que hace que las mujeres no hablen del tema, unido en muchos casos a la falta formación y tiempo en estos profesionales.

La OMS tiene como objetivo abordar la falta de conocimiento y formación de los profesionales de la salud que están en contacto con mujeres víctimas de volencia de genero.
Existen dos campos en el abordaje de la violencia de género, el educativo y el sanitario (este último incluye la prevensión, la detección y la rehabilitación)

En cuanto a formación se debería incluir la entrevista psicosocial y la adquisición de habilidades, como la acogida, escucha activa y la contención.
Actualmente se está realizando formación a enfermería para detectar, informar y evaluar los malos tratos. Los profesionales de atención primaria son los principales para la detección precoz y el abordaje integral
El establecimiento de una relación terapéutica satisfactoria con una mujer agredida debe de tener una preparación y unos conocimientos actualizados en materia de legislación, de perspectiva histórica y de recursos aplicables en materia de salud y género para hacer frente de la manera más eficiente posible al problema

BIBLIOGRAFÍA

- Calvo González Germán, Camacho Bejarano Rafaela. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm. glob. [Internet]. 2014 Ene [citado 2019 Sep 18] ; 13(33): 424-439. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022&lng=es.

TEMA 163. TRAUMATISMOS DE LA MUÑECA Y LA MANO. FRACTURA DE COLLES, ESCAFOIDES Y DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO.

- PABLO RODRÍGUEZ NEIRA

ÍNDICE

- FRACTURA DE COLLES.
  - MECANISMO DE LESIÓN
  - DIAGNOSTICO
  - TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES.
- FRACTURA DE ESCAFOIDES
  - MECANISMO DE LESIÓN
  - DIAGNÓSTICO
  - TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES
- BIBLIOGRAFÍA

FRACTURA DE COLLES

Es la fractura más frecuente, sobre todo en mujeres de media edad o añosas ya que la osteoporosis es un factor predisponente. La fractura de colles se localiza en la muñeca, en el extremo distal del radio a 2,5 cm de la muñeca.

El mecanismo de acción de esta fractura es una caída con la mano extendida. Se produce por una angulación anterior de la misma con un desplazamiento dorsal del fragmento distal.

Diagnóstico:

- Clínico: alteración del contorno de la muñeca y deformidad en dorso de tenedor. Dolor intenso, impotencia funcional e inflamación. Siempre hay que comparar las dos muñecas.
- Radiológico: se identifica fácilmente aunque puede pasar desapercibida si no hay desplazamiento. En caso de duda valorar los ángulos que forman las articulaciones radio-cubital y radio-carpiana.

Tratamiento:

Si no hay desplazamiento, no precisa de reducción y se coloca yeso. Si hay desplazamiento precisa manipulación que se debe realizar con anestesia. Si hubiera desplazamiento importante, fijación bipolar con dos clavos u otro tipo de osteosíntesis.

La inmovilización es de unas 6 semanas aunque hay variaciones según tipo de fractura.

Complicaciones:

- Atrofia de Sudeck: después de una inmovilización aparece un hematoma con una piel brillante, dolor importante y no deja mover la muñeca.
- Rotura del flexor largo del pulgar: ocurre cuando se aprieta demasiado el yeso.
- Síndrome del túnel carpiano: compresión del nervio mediano a nivel del túnel del carpo.
- Artrosis precoz: debido a la inflamación del cartílago.

FRACTURA DE ESCAFOIDES

El escafoides forma parte de la articulación radio-carpiana. Es una fractura que consolida con dificultad por problemas vasculares y es de difícil diagnóstico tanto clínico como radiológico.
El mecanismo de acción de esta fractura es de tipo traumático.

Diagnóstico:

- Clínico: dolor a la palpación sobre el escafoides, puede haber tumefacción. La alteración de la sensibilidad en la tabaquera anatómica no es diagnostico ya que este síntoma es también indicativo del esguince de muñeca.
- Radiológico: siempre indicar que se sospecha de la fractura para realizar la posición adecuada y hacer 3 proyecciones. A los 10-14 días repetir un control pues nos puede poner de manifiesto una fractura oculta.

Tratamiento:

Las fracturas no desplazadas requieren un tratamiento ortopédico de 12 semanas. La muñeca ha de estar en completa desviación radial y dorsiflexión moderada y el pulgar en abducción intermedia.

si las fracturas son desplazadas, se realiza reducción abierta con fijación interna.

Complicaciones:

- Necrosis avascular: el hueso de autodestruye por falta de riego.
- Pseudoartrosis: se produce cuando una fractura no consolida.
- Osteoartritis avanzada: inflamación serie del hueso
- Atrofia de Sudeck

BIBLIOGRAFÍA

1. Gray, Henry, Roger Warnick, and Peter L. Williams. *Gray anatomia*. Salvat,, 1985.
2. Santos, L. Gil, JA Beltrán Fernández, and C. Barrios Pitarque. "Lesiones deportivas de la muñeca y mano." *Instituto de Investigación en Enfermedades Músculo-Esqueléticas* (2014): 41-50.
3. Medina Gonzalez, Carlos, Mikhail Benet Rodríguez, and Fernando Marco Martínez. "El complejo articular de la muñeca: aspectos anatofisiológicos y biomecánicos, características, clasificación y tratamiento de la fractura distal del radio." *MediSur* 14.4 (2016): 430-446.
4. Lira, Francisco García. "Clasificación y métodos diagnósticos de las fracturas de muñeca." *Ortho-tips* 7.1 (2011): 14-20.

6. Fortune Haverbeck, Juan, Jaime Paulos Arenas, and Carlos Liendo Palma. "Ortopedia y traumatología." (2005).

TEMA 164. ACOSO LABORAL.

- **MARCOS SÁNCHEZ CASERO**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. MODALIDADES DE ACOSO

3. SIGNOS DEL ACOSO LABORAL

4. TIPOS DE ACOSO LABORAL

5. FASES DEL ACOSO LABORAL

6. ACOSO EN EL SECTOR SANITARIO

7. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

En el transcurso de nuestra vida en el trabajo, podemos sufrir en algún momento, una situación compatible con acoso laboral, lo cual no puede ser verdad.

Según INSHT define el acoso como la “exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo, hacia una o más personas por parte de otra/s que actúan frente aquella/s desde una posición de poder. Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud”.

El acoso laboral desgasta psicológicamente a la víctima, también disminuye la producción, favorece el absentismo destruye el ambiente de trabajo

La lengua inglesa utiliza el concepto mobbing para definir, el acoso laboral como aquella presión desmedida que se ejerce en nuestro ámbito laboral. La persona que piensa que está siendo acosada puede verse agobiada con comentarios fuera de lugar y se pone en duda de su capacidad laboral. Por norma general, la intención del acosador es que el acosado deje su trabajo o bien modifique su conducta, El acosador piensa que el acosado es competencia o encuentra en él competencia, que le podría perjudicar.

Es mucho más frecuente que nos encontremos con comportamientos de maltrato en empresas burocratizadas y jerarquizadas como la Administración, hospitales y entre profesionales sanitarios.

El sector sanitario es el más castigado por el acoso y también es el más susceptible de padecer y sufrir otro tipo de trastornos de riesgo, como el Síndrome de Bournout o Síndrome del quemado. También debido a sus particularidades de organización y el tipo de trabajo es donde existe mayor incidencia de sufrir estrés laboral y síndromes relacionados junto con el acoso laboral.

MODALIDADES DE ACOSO

a. ACOSO POR RAZON DE SEXO

Es aquella conducta que molesta insistentemente a otra persona en función del sexo de una persona, con la finalidad de atentar contra su dignidad y de crear un entorno intimidatorio.

Cualquier trato negativo que se genere por reclamación , denuncia , demanda o recurso destinado a impedir la discriminación por razón de sexo y a exigir el cumplimiento del principio de igualdad de trato entre las mujeres y hombres.

b. ACOSO INSTITUCIONAL-

Se define cuando la persona sufres hostigamiento, presión psicológica por parte de uno o varios miembros del grupo con el objetivo de conseguir un beneficio colectivo.

c. ACOSO DISCRIMINATORIO

Es la discriminación que una persona sufre por origen étnico o racial, orientación sexual o edad.

d. ACOSO SEXUAL

La propia ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres nos dice. “ Constituye acoso sexual cualquier comportamiento verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”.

SIGNOS DEL ACOSO LABORAL

Los signos que nos pueden indicar que una persona está siendo víctima de acoso laboral , los más frecuentes son:

• Si comparamos el trato que reciben otros empleados el acosado recibe un trato diferente, ya sea por exclusión o indiferencia.

•Padece agresiones verbales, recibe insultos, gritos.

• Para perjudicar su imagen y reputación el acosador no para de difundir rumores y falsedades.

•El acosador reparte más volumen de trabajo al acosado y le instiga a que lo realice en corto tiempo para hacerlos lo que implica que le resulte imposible hacerlo.

- El acosador intenta impedir que el acosado pueda ser ascendido , es decir coarta sus movimientos.
- La persona acosada se encuentra agredida , ridiculizada continuamente por el acosador, esta persona no le da información para que realice correctamente su trabajo para luego acusarla de falta de atención y descuidada

TIPOS DE ACOSO LABORAL

ACOSO LABORAL HORIZONTAL

- Se produce entre compañeros que se encuentran en una misma posición o similar, el objetivo puede ser deteriorar su imagen e incluso atribuirse méritos a sí mismo que no son suyos.

ACOSO LABORAL VERTICAL

- Se produce entre personas que pertenecer a rangos jerárquicos distintos.

ACOSO LABORAL MIXTO

- Aquí el acoso empieza como horizontal , siendo el agresor un compañero de trabajo de la víctima, pero posteriormente toma conocimiento de la situación el jefe y en vez de intervenir a favor de la víctima, no toma ninguna medida para solucionar la situación.

Hay otros tipos de acoso donde la tecnología e internet tienen mucho que ver:

- Bulling- acoso psícológico
- Cibermobbing: acoso por medio del ciberespacio
- Grooming- ciberacoso de carácter sexual de adultos a menores de edad
- Ijime: acoso japonés, que se da principalmente en el sector educativo

FASES DEL ACOSO LABORAL

Tomando como referencia a autores como Djamil Tony Kahale, Mª del Carmen Vidal Casero, destacan en sus obras las siguientes fases:

- **Fase inicial/conflicto**

- De una relación que en un principio era normal o buena y debido a incidentes que no se resuelven o contraposición de ideas no afines con el grupo., la persona víctima del acoso empieza a notar un cambio en el trato, empieza a pensar son exageraciones de ella por pensar eso. Esto hace que no se enfrente directamente , ya que no entiende el cambio de trato y de relación.
  - **Fase de estigmatización/Instauración**
- Aquí las agresiones se tornan cotidianas, con el fin de desequilibrar a la víctima psicológicamente y conseguir que abandone el puesto de trabajo. Aquí el acosador se defiende de que es la víctima la culpable ya que su trato es complicado y que no se integra.

- **Fase Formalización / Intervención desde la empresa**

En esta fase la empresa toma medidas que van desde la prevención hasta medidas legales.

Según Irigoyen, la víctima pasa por diferentes etapas que van desde renunciar al enfrentamiento, dudas si lo que ocurre es real o son imaginaciones suyas, y esto combinado al miedo a las repercusiones. Todo esto genera estrés y desequilibrios que desencadenan bajas laborales que al final acaban en dimisión del trabajador afectado, al verse incapaz de reincorporarse a la empresa y a enfrentarse al agresor.

- **Fase Marginación /Exclusión de la vida laboral**

Esta fase se caracteriza en que el trabajador víctima de acoso, compatibiliza su trabajo con largas temporadas de baja o queda excluido del mundo laboral con pensión por incapacidad.

ACOSO EN EL SECTOR SANITARIO

- Es en el sector sanitario, y sobre todo en el ámbito sanitario debido a las condiciones de la organización y del tipo de trabajo conlleva una gran carga mental y física y donde mayor probabilidad hay de sufrir estrés laboral y síndromes relacionados con el acoso laboral.
- Los efectos de este acoso afectan directamente en los siguientes factores:
- Hay un menoscabo en la calidad de los cuidados dispensados al paciente
- Hay un deterioro en las relaciones entre compañeros

- Más estrés y enfermedades
- Baja moral
- Sentimientos de ira, impotencia, vergüenza
- Depresión, pérdida de confianza en uno mismo
- Insomnio
- Mayor ausentismo
- Dimisiones

BIBLIOGRAFÍA

- Artículos de revista :CC.OO y Secretaría de Salud Laboral, Guía Básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario. Castilla y León. Acción en Salud Laboral
- Libros

-Costa, M. y López, E. Los secretos de la dirección Madrid: Pirámide; 1996

-Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social con la colaboración del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía de actuaciones de la inspección de trabajo y seguridad social sobre riesgos psicosociales. Edita Ministerio de Empleo y Seguridad Social . Madrid: 2012

- Libros.: -Irigoyen, M, El acoso moral en el trabajo Barcelona : Paidós ; 2001

-Ovejero Bernal , A. Psicología social en un mundo global: cómo hacer frente al estrés y al mobbing. Madrid. Biblioteca Nueva; 2006

- Artículo de revistas: Vidal Casero, M.C El mobbing en el trabajo, su problemática. Valencia: Facultad de Farmacia : 2003

- Página web:Dra. Dolores Crespo. Los profesionales sanitarios son especialmente vulnerables al estrés y el acoso laboral . PAYME. Noticias FPSOMC (Internet)

TEMA 165. USO DE LA ENTERORM EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL.

- LAURA DÍAZ RUBIA
- FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- TÉCNICA DE ENTERORM.
- HALLAZGOS POR IMAGEN.
- CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria crónica del tubo digestivo que requiere numerosos estudios radiológicos a lo largo de la vida del paciente.

Es una patología que suele afectar sobre todo a pacientes jóvenes, y su curso es el brotes.

TECNICA DE ENTERORM

- Es una exploración que suele ser bien tolerada por los pacientes pero que requiere una preparación previa ya que es necesario un ayuno de alimentos sólidos previo de al menos 4 horas.
- Previo a la realización de la prueba se administrará al paciente un contraste oral (que pueden ser negativos, positivos o bifásicos en función de la intensidad de señal que adopten en secuencias T1 y T2) y que lo que buscan es que la luz intestinal sea hipointensa en secuencias T1 para poder valorar correctamente la mucosa y el realce tras contraste i.v.

- También se administran fármacos espasmolíticos (como la buscapina) que disminuyen los artefactos por movimiento de las asas

HALLAZGOS POR IMAGEN

Los podemos clasificar en murales y extramurales:

- Hallazgos murales: engrosamiento mural de más de 4 mm, realce parietal tras la administración de contraste intravenoso (mucoso, homogéneo o en diana), hiperintensidad en secuencias T2 en relación con edema submucoso, alteraciones de la mucosa como úlceras o aftas y la distensibilidad o peristalsis (en modo cine).
- Hallazgos extramurales: alteración del tejido fibrograso (hiperintensidad T2), hipervascularización mesentérica, adenopatías regionales y complicaciones como flemones, abscesos y fístulas.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

INFLAMATORIA ACTIVA
Que en fase precoz se caracteriza por edema submucoso, engrosamiento parietal, úlceras superficiales y pseudopólipos y en fases avanzadas por empedrado de la mucosa y úlceras.

PENETRANTE FISTULIZANTE
Muestra signos de inflamación severa con complicaciones como fístulas, úlceras, abscesos y flemones.

FIBROESTENOSANTE
Se caracteriza por obstrucción intestinal y áreas estenóticas.

REGENERATIVA
Atrofia de la mucosa e hipertrofia grasa submucosa.

CONCLUSIONES

- La enteroRM es una técnica de imagen de elección en estudio de paciente con enfermedad inflamatoria intestinal por su inocuidad y ausencia de radiación.
- Aporta gran información al clínico tanto del diagnóstico de la enfermedad, de la existencia o no de complicaciones, del grado de actividad inflamatoria y de la respuesta al tratamiento.
- Son de gran utilidad las secuencias cine y las dinámicas con contraste.

BIBLIOGRAFÍA

- L. Herraiz Hidalgo, E. Alvarez Moreno, J. Carrascoso Arranz, R. Cano Alonso ,V. Martínez de Vega Fernández. Entero-resonancia magnética: revisión de la técnica para el estudio de la enfermedad de Crohn. Radiologia. 2011;53(5):421-433.

- Rimola.J, Rodríguez.S, Ayuso.C. Enterografía por resonancia magnética en la enfermedad de Crohn: ¿nueva herramienta diagnóstica?. Med Clin (Barc). 2008;130(15):580-4.

- Hafeez R, Punwani S, Boulos P, Bloom S, McCartney S, Halligan S, et al. Diagnostic and therapeutic impact of MR enterography in Crohn's disease. Clin Radiol. 2011;66:1148–1158.

- Maccioni F, Viscido A, Broglia L, Marrollo M, Masciangelo R, Caprilli R, Rossi P. Evaluation of Crohn disease activity with magnetic resonance imaging. Abdom Imaging. 2000;25:219–228.

TEMA 166. OBESIDAD INFANTIL.

- LIDIA EXPÓSITO MARQUÉS
- VERÓNICA DE LA FUENTE ELÍAS
- MARÍA FEITO ÁLVAREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DESCRIPCIÓN
- CAUSAS
- FACTORES DE RIESGO
- CONSECUENCIAS
- PAUTAS PARA PREVENIR LA OBESIDAD EN NIÑOS

INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente, hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.

DESCRIPCIÓN

No todos los niños con kilos de más tienen sobrepeso u obesidad. Algunos niños tienen estructuras corporales más grandes que la estructura promedio. Además, los niños normalmente almacenan diferentes cantidades de grasa corporal en las distintas etapas de desarrollo.

El índice de masa corporal (IMC), que proporciona una referencia de peso en relación con la altura, es la medida aceptada del sobrepeso y la obesidad. Pueden usarse tablas de crecimiento, el IMC y, si es necesario, otras pruebas para determinar si el peso puede plantear problemas de salud.

CAUSAS

Los problemas relacionados con el estilo de vida (como hacer muy poca actividad y consumir alimentos y bebidas con muchas calorías) son los principales causantes de la obesidad infantil.

Sin embargo, algunos factores genéticos y hormonales también podrían tener un papel importante. Por ejemplo, en investigaciones recientes, se ha descubierto que los cambios en las hormonas digestivas pueden afectar las señales que te hacen sentir que estás satisfecho.

FACTORES DE RIESGO

Dieta. Si el niño come alimentos con alto contenido calórico, como comidas rápidas, productos horneados y bocadillos de máquinas expendedoras, puede aumentar de peso. Cada vez hay más evidencia que apunta a las bebidas azucaradas, inclusive los jugos de fruta, como culpables de la obesidad en algunas personas.

Falta de ejercicio. Los niños que no hacen ejercicio tienen más probabilidades de aumentar de peso porque no queman muchas calorías. También contribuye al problema pasar demasiado tiempo dedicado a actividades sedentarias, como mirar televisión o jugar videojuegos.

Factores hereditarios. Si el niño proviene de una familia de personas con sobrepeso, es más probable que suba de peso, ya que se encuentran en un entorno donde siempre hay alimentos disponibles que son ricos en calorías y no se fomenta la actividad física.

Factores psicológicos. El estrés personal, parental y familiar puede aumentar el riesgo de un niño de padecer obesidad.

Factores socioeconómicos. Las personas de algunas comunidades tienen recursos limitados y acceso limitado a los supermercados. Como resultado, es posible que compren comidas semipreparadas que no se echen a perder rápidamente.

CONSECUENCIAS

Una de las consecuencias más inmediatas de la obesidad infantil es que ya se están viendo muchos niños con diabetes tipo 2 (la llamada diabetes del adulto), hipercolesterolemia e hipertensión arterial, lo que les predispone ya desde la infancia a sufrir enfermedades cardiovasculares graves.

Asimismo, el exceso peso repercute sobre los huesos y el conjunto del aparto locomotor, reduciendo la tolerancia al ejercicio físico y causando problemas respiratorios.

Pueden aparecer sentimientos de inferioridad y baja autoestima. También pueden sentirse rechazados y tender al aislamiento, desarrollando comportamientos depresivos y actitudes antisociales.

PAUTAS PARA PREVENIR LA OBESIDAD INFANTIL

No todos los factores que influyen en el riesgo de obesidad son modificables (por ejemplo, el condicionante genético o algunos factores ambientales), pero hay muchas acciones que pueden emprenderse desde edades muy tempranas.

Algunas son acciones individuales o familiares y otras competen a todos los actores sociales, incluyendo medios de comunicación, la escuela o las administraciones públicas.

Comer de forma más saludable:

- Más frutas y verduras y cereal integral poco procesado.
- Controlar el tamaño de las raciones.
- Tener orden en las comidas. Evitar el picoteo y sentarse todos juntos a comer cuantas más veces mejor.
- Evitar o limitar los alimentos calóricos con bajo interés nutricional: *chuches*, bollería industrial y refrescos azucarados.

Más actividad física:

- Un máximo de 1 o 2 horas al día ante una pantalla, tableta, ordenador, etcétera.
- Recuperar los juegos al aire libre.
- Ir al *cole* caminando o en bici.

BIBLIOGRAFÍA

- Who.int Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/
- Mayoclinic.org Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/childhood-obesity/symptoms-causes/syc-20354827
- Sanitas.es Disponible en: https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/dieta-alimentacion/alimentacion-infantil/obesidad-infantil-causas.html

TEMA 167. DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA.

- **MARTA RÍOS LEÓN**

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- ETIOLOGÍA
- FACTORES DE RIESGO
- VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

La bursitis trocantérea, descrita por primera vez en la década de 1930, se define como un dolor crónico, de carácter unilateral, en región lateral de la cadera que se reproduce por palpación sobre trocánter mayor (1,2).

A pesar de la denominación histórica de bursitis al síndrome de dolor del trocánter mayor (GTPS), la bursitis trocantérea forma parte del GTPS en el que se incluyen, entre otros, la tendinopatía del glúteo medio y menor, síndrome de la bandeleta iliotibial o coxa saltans (1).

La bursa trocantérea o bursa subglútea mayor, estructura afectada en esta entidad, tiene forma almendrada, de 4 a 6 cm de longitud y 2 a 4 cm de ancho (3). Constituye la bursa más grande de la región glútea, localizada entre los tendones del glúteo mayor y glúteo medio, y se inserta superficial a la faceta posterior del trocánter mayor próximo a

DEFINICIÓN

la inserción del glúteo medio en la faceta lateral (fibras posteriores en porción superoposterior y fibras centrales y anteriores en inserción más caudal) (1,4,5).

La función de la bursa trocantérea es amortiguar a los músculos de la región lateral de la cadera y reducir la irritación por fricción, constituyendo un mecanismo de deslizamiento de la porción anterior del glúteo mayor a su paso por el trocánter mayor para formar parte de la bandeleta iliotibial. Además, también separa las fibras del tensor de la fascia lata, segundo músculo que forma parte de la bandeleta iliotibial, del trocánter mayor (1,6).

La inflamación de la bursa trocantérica es frecuente. Sin embargo, raramente es responsable de la sintomatología, siendo las anormalidades en el glúteo medio, frecuentemente asociadas a la bursitis, responsables mayoritariamente de sus manifestaciones clínicas (1).

EPIDEMIOLOGÍA

En una sociedad industrializada, la prevalencia de la bursitis trocantérea es del 10-25% entre la 4º y 6º década de la vida, con una mayor afectación en población femenina (4:1) y corredores aficionados (1).

Se considera de 2 a 5 veces más probable en mujeres deportistas (2,5% de las lesiones de cadera), mostrando una mayor prevalencia tanto unilateral (15% mujeres vs 6,6% hombres) como bilateral (8,5% mujeres vs 1,9% hombres). Además, en atención primaria la incidencia es de 2/1000 al año, mientras que en medicina deportiva constituye el 5,6/1000 al año (1,2). Esta mayor predisposición femenina puede ser debida a diferencias anatómicas derivadas de una pelvis relativamente más ancha, que altera la biomecánica muscular de la musculatura glútea y la bandeleta iliotibial en el área del trocánter mayor (1).

EPIDEMIOLOGÍA

En relación a la incidencia de la tendinopatía del glúteo medio, asociada a la bursitis trocantérea, constituye el 9-23% de los casos (1,7).

ETIOLOGÍA

Presenta una etiología multifactorial. Sin embargo, se considera el microtrauma repetitivo como la causa más frecuente, a pesar de que en el 23-44% de los casos es causada por un traumatismo (1-3).

En relación a su fisiopatología, la bursa trocantérea profunda tiene un potencial para la inflamación por lo que un impingement externo, tracción de la bursa o irritación compresiva por microtraumatismos de repetición se considera la causa más frecuente. Por tanto, la fricción constante del músculo tensor de la fascia lata al pasar por encima de la bolsa durante los movimientos de flexo-extensión de la cadera se considera el mecanismo más común para la aparición de esta patología. Además, las fuerzas de impingement a través de la compresión externa pueden ser magnificadas por una biomecánica alterada y compensaciones funcionales (1).

ETIOLOGÍA

Por otra parte, la tendencia del tendón del glúteo medio a la degeneración tendinosa, presencia de puntos trigger o rotura del mismo, es importante en esta entidad. Esto se debe a que algunos autores han considerado que más que la inflamación de la bursa, el líquido de la bursa trocantérica puede ser secundario a una anormalidad del tendón del glúteo medio debido a que la bursa trocantérica se inserta superficial a la faceta posterior del trocánter mayor próximo a la inserción de este músculo en la faceta lateral (1,5).

FACTORES DE RIESGO

Existen diversos factores de riesgo:

- Por una parte, la conexión funcional entre la región de la cadera y región lumbopélvica explicaría la presencia, en el 20-62% de los pacientes con bursitis trocantérea, de antecedentes de lumbalgia. Mientras que el dolor en la bandeleta iliotibial y la osteoartritis de rodilla se relacionan con la presencia de bursitis, debido a la alteración de la biomecánica del miembro inferior y de los vectores de fuerza en la cadera (1).

En este sentido, la estabilidad pélvica inadecuada, la debilidad glútea, las discrepancias en la longitud de los miembros inferiores, un ángulo diáfasis-cuello femoral (NSA) menor de 134º y alteraciones de la secuencia supinación-pronación podrían contribuir a la probabilidad de desarrollar esta patología. Además, los corredores que adducen la cadera

FACTORES DE RIESGO

superando la línea media en el ciclo de la marcha tienen predisposición a este problema, particularmente si corren de forma rutinaria en superficies irregulares que crean una desigualdad en la longitud de los miembros (1,8,9).

Sin embargo, no se ha encontrado una relación positiva entre una movilidad limitada en rotación interna de cadera o la obesidad (> 30 BMI) y la presencia de esta patología (1).

- Por otra parte, como *factores de riesgo extrínsecos* se podrían incluir calzado asimétrico, correr en una superficie en desnivel o irregular e, incluso, una inadecuada progresión en la intensidad, duración o frecuencia del entrenamiento de atletismo (1).

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

Debido a su diversidad etiológica y la proximidad geográfica de los tejidos potenciales que podrían estar involucrados en la sintomatología del paciente, una adecuada anamnesis y examen físico detallado son esenciales para el correcto diagnóstico. Por tanto, el diagnóstico de la bursitis trocantérea se basa en la anamnesis y examen físico (1):

- **Clínica**. El dolor, de carácter sordo, intermitente, progresivo y persistente, se localiza en la cara lateral de la cadera y puede extenderse a muslo (en su región lateral y, rara vez, posterior o asociado a entumecimiento (1,3)), región inguinal y región glútea en un patrón no dermatómico ni radicular, particularmente en la fase más aguda de la lesión. En ocasiones, puede irradiarse incluso hacia la inserción

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

del tracto iliotibial en la región proximal de la tibia (1,6).

Se incrementa en bipedestación prolongada, mayor carga de peso sobre un miembro inferior respecto al contralateral en bipedestación, subir escaleras, sedestación con piernas cruzadas o decúbito lateral sobre el lado afecto (1). Sin embargo, el rango de movimiento de la cadera no se ve afectado (8), aunque se observa una reducción de la tolerancia al ejercicio físico y puede asociarse a crepitación de los tejidos blandos en casos de bursitis severa (1,3).

La frecuente asociación de esta entidad con la tendinopatía degenerativa de los abductores de cadera es un importante factor a tener en cuenta en estos pacientes (1).

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

- **Examen físico**. En el examen físico, destaca:
  - La presencia de dolor a la palpación sobre el trocánter mayor, que ha mostrado su fiabilidad con un valor k de 0,66 (1-3).
  - La exacerbación del dolor en abducción activa y adducción pasiva, aunque también puede presentar dolor en otros movimientos como la rotación externa (1-3).
  - En la bursitis trocantérea es importante valorar la *patología del tendón del glúteo medio* que está representada principalmente por dolor, debilidad o

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

alteración en diversos test (1,10):

- *Signo de Trendelenburg:* observable en el caso de debilidad o rotura del tendón del glúteo medio (sensibilidad:73% ; especificidad: 77%) (1,10).
- *Hip lag sign*: descrito para detectar un posible desgarro del glúteo medio (89% sensibilidad, 97% especificidad) (1,10).
- *Test de abducción de cadera resistida*: la presencia de dolor no es un signo específico (1,10).

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

- *Resisted external derotation test: la presencia de dolor en rotación interna resistida puede señalar una tendinopatía (1,10).*

- Otros test que se deben incluir:
  - *Test de Ober:* descrito para evaluar la tensión de la bandeleta iliotibial(tensor de la fascial lata y glúteo mayor), no se considera un predictor específico de esta patología (1,11).
  - *Test de Patrick-Faber*: positivo (sensibilidad 81% y especificidad del 82%) (1,11).

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

También se pueden emplear para la evaluación cuestionarios tales como *VISA-G* o *cuestionario de tendinopatía VISA* para el GTPS o incluso escalas como la escala de *Funcionalidad de la Extremidad Inferior (LEFS), Copenhagen Hip and Groin Outcome Score (HAGOS), International Hip Outcome Tool-33 (iHOT-33)* o incluso *SF-36* (1,11).

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las pruebas complementarias en el diagnóstico de esta patología no son concluyentes, sin embargo, confirman el diagnóstico y descartan otras patologías (12,13):

- *Resonancia magnética nuclear*. Muestra una señal inespecífica de alta intensidad en la faceta posterior del trocánter mayor (4,9,12).

- *Radiografía simple*. Es generalmente inespecífica ya que en un 13-40% de los pacientes se detectan microcalcificaciones sobre el área trocantérea o irregularidades en el contorno del trocánter mayor sin significación clínica (1,12).

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- *Ecografía.* En los casos agudos, el volumen de la bolsa se vería como una imagen anecoica, bien delimitada, rodeada de una pared fina. Sin embargo, en los casos crónicos, más frecuentes, la ecografía muestra la pared de la bolsa engrosada, con un contenido que puede ser tanto anecoico, como hipoecoico o hiperecoico, por lo que no constituye una ayuda de gran relevancia en el diagnóstico (5,8,12).

- *Gammagrafía.* Se observa un aumento de la captación del radioisótopo, generalmente con contorno lineal. La misma imagen de hipercaptación también puede ser debida a fracturas de estrés, infección local, tumores óseos o de partes

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

blandas adyacentes. Esta falta de especificidad tiene como resultado que la prueba no sea muy útil (12).

- *Tomografía computarizada*. Permite objetivar alteraciones óseas y depósitos calcáreos perilesionales (12).

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO EN FISIOTERAPIA DE LA BURSITIS TROCANTÉREA

Por tanto, la bursitis trocantérea se considera una de las patologías más importantes que forman parte del síndrome doloroso del trocánter mayor. Aunque su diagnóstico, basado en la anamnesis y el examen físico, es principalmente clínico, el empleo de las pruebas de imagen puede constituir una herramienta complementaria para confirmar su diagnóstico.

Además, a pesar de su diversa etiología, resulta importante en estos pacientes valorar el estado de la bandeleta iliotibial y glúteo medio para, posteriormente, incidir sobre ellos en el tratamiento fisioterápico ya que se consideran los principales afectados en esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mulligan EP, Middleton EF, Brunette M. Evaluation and management of greater trochanter pain syndrome. Phys Ther Sport. 2015;16(3):205-214.
2. Lustenberger DP, Ng VY, Best TM, Ellis TJ. Efficacy of treatment of trochanteric bursitis: a systematic review. Clin J Sport Med. 2011;21(5):447-453.
3. Mulford K. Greater Trochanteric Bursitis. J Nurse Pract. 2007 May; 3 (1): 328-332.
4. Hoffmann A, Pfirrmann CW. The hip abductors at MR imaging. Eur J Radiol. 2012;81(12):3755-3762.
5. Long SS, Surrey DE, Nazarian LN. Sonography of greater trochanteric pain syndrome and the rarity of primary bursitis. AJR Am J Roentgenol. 2013; 201(5):1083-1086.
6. Tortolani PJ, Carbone JJ, Quartararo LG. Greater trochanteric pain syndrome in patients referred to orthopedic spine specialists. Spine J. 2002;2(4):251-254.

BIBLIOGRAFÍA

7. Del Buono A, Papalia R, Khanduja V, Denaro V, Maffulli N. Management of the greater trochanteric pain syndrome: a systematic review. Br Med Bull. 2012;102:115-131.
8. Klauser AS, Martinoli C, Tagliafico A, Bellmann-Weiler R, Feuchtner GM, Wick M et al. Greater trochanteric pain syndrome. Semin Musculoskelet Radiol. 2013;17(1):43-48.
9. Klontzas ME, Karantanas AH. Greater trochanter pain syndrome: a descriptive MR imaging study. Eur J Radiol. 2014;83(10):1850-1855.
10. Kaltenborn A, Bourg CM, Gutzeit A, Kalberer F. The Hip Lag Sign—prospective blinded trial of a new clinical sign to predict hip abductor damage. PLoS One. 2014;9(3):e91560.
11. Fearon AM, Ganderton C, Scarvell JM, Smith PN, Neeman T, Nash C et al. Development and validation of a VISA tendinopathy questionnaire for greater trochanteric pain syndrome, the VISA-G. Man Ther. 2015; 20(6):805-13.

BIBLIOGRAFÍA

12. González Duque A, De José Reina C, Vaquero Martín J. Trochanteric bursitis. Medifam. 2003: 13 (1): 35-40.
13. Nissen MJ, Genevay S. Greater trochanteric pain syndrome. Rev Med Suisse. 2015;11(465):585-588.

TEMA 168. ABORDAJE EN FISIOTERAPIA DE UN CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA.

- **MARTA RÍOS LEÓN**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La bursitis trocantérea es una patología crónica que afecta al 10-25% de la población de 40-60 años, con mayor afectación en población femenina (4:1) y corredores aficionados (1).

Se caracteriza por dolor unilateral en región lateral de cadera que se reproduce a la palpación del trocánter mayor (1,2). Además, forma parte del síndrome de dolor del trocánter mayor que incluye la tendinopatía del glúteo medio y menor, síndrome de la bandeleta iliotibial o coxa saltans, entre otros (1).

En este sentido, la tendinopatía del glúteo medio o síndrome de la bandeleta iliotibial suelen asociarse a esta entidad clínica, contribuyendo a sus manifestaciones clínicas. Por tanto, la alteración biomecánica de la musculatura glútea y bandeleta iliotibial en el área del trocánter mayor como consecuencia de un mayor diámetro

INTRODUCCIÓN

transversal de la pelvis, característico de la pelvis de la mujer, explicaría la mayor predisposición femenina en esta patología (1).

En esta línea, la incidencia de la tendinopatía del glúteo medio, asociada a la bursitis trocantérea, constituye el 9-23% de los casos (1,7).

A pesar de su etiología multifactorial y diversos factores de riesgo implicados en su desarrollo y perpetuación, se considera el microtrauma repetitivo como la causa más frecuente, pese a que el 23-44% de los casos se deriva de un traumatismo (1-3). En esta línea, los microtraumatismos repetitivos originados por el tensor de la fascia lata durante los movimientos repetitivos de flexo-extensión de cadera es el mecanismo desencadenante más común. Sin embargo, la presencia de alteraciones en el

INTRODUCCIÓN

glúteo medio también contribuiría a su aparición, debido a su proximidad insercional a la bursa trocantérea (1,3).

Por otra parte, diversas modalidades terapéuticas pueden incluirse en el tratamiento de esta entidad como ortesis, medicación (AINES), inyecciones de corticoides, inyecciones de analgésicos locales o plasma rico en plaquetas (PRP), cirugía o fisioterapia (1,2,4-14). Es importante destacar que el tratamiento conservador tiene una tasa de éxito del 90%. Por tanto, la cirugía sólo se utiliza en casos recalcitrantes sin mejora tras tratamiento conservador (1,2,8,14).

Sin embargo, la combinación de terapia manual, ejercicio terapéutico y educación al paciente (modificación en la actividad o inicio gradual de la actividad) han mostrado resultados positivos en la mayor parte de los estudios en

INTRODUCCIÓN

combinación con inyecciones de glucocortidoides (1). Por tanto, el tratamiento fisioterápico es el abordaje de elección en estos pacientes.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

Paciente mujer de 66 años que acude al Servicio de Fisioterapia de la clínica, refiriendo dolor en región lateral de cadera, de manera bilateral, de más de 5 años de evolución y de mayor intensidad durante los últimos 7 meses.

1. Anamnesis

La paciente refiere dolor en región trocantérea bilateralmente, localizado en inserción de m. glúteo medio y región de bursa trocantérea, de 6 años de evolución (EVA: 7). Presenta dolor de mayor intensidad en región trocantérea derecha compatible con una tendinopatía de inserción del m. glúteo medio, diagnosticada por RMN previamente, y una bursitis trocantérea.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

1. Anamnesis

Refiere un dolor, de carácter sordo, progresivo y persistente, que se localiza en cara lateral de cadera y, en ocasiones, se irradia por la cara lateral del muslo. Se incrementa en bipedestación prolongada, subir escaleras y sedestación con piernas cruzadas.

Por otra parte, refiere no realizar actividad física con regularidad y actualmente dispone de tratamiento ortopodológico.

En relación a sus antecedentes personales de interés, refiere tendinopatía del glúteo medio derecho y rotura de menisco externo de articulación femorotibial bilateral asociado a condropatía rotuliana bilateral hace 8 años resuelta con fisioterapia y metatarsalgia bilateral hace 2 años resuelta con fisioterapia y tratamiento ortopodológico.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

2. Exploración física

Inspección visual

En la inspección visual, se observan ambos arcos internos aumentados, pies en pronación y una ligera dismetría de miembros inferiores con articulación coxofemoral izquierda ligeramente más caudal en relación al miembro inferior derecho que coincide con las observaciones descritas en la radiografía que aporta el paciente.

Se observa alteración en la biomecánica de la marcha con inestabilidad pélvica y ligera caída de la pelvis hacia cadera izquierda relacionados con un déficit del glúteo medio derecho (signo de Trendelenburg positivo).

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

2. Exploración física

Palpación

Presencia de dolor a la palpación en trocánter mayor y bandas tensas dolorosas a la palpación en miembro inferior derecho más marcadas en musculatura glútea y tensor de la fascia lata, con cierta afectación del recto anterior del cuádriceps y adductores. También se observa en miembro inferior izquierdo una menor afectación en musculatura glútea y tensor de la fascia lata relacionada con el inicio de la sintomatología reciente en región trocantérea izquierda.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

2. Exploración física

Exploración de la movilidad

Presenta rango de movimiento conservado en todos los planos asociado a movilidad activa dolorosa en abducción y rotación externa de articulación coxofemoral derecha, compatible con diagnóstico clínico subyacente.

Balance muscular

Valorado según la escala de Kendall, presenta un ligero déficit en la musculatura abductora de la cadera derecha (glúteo medio) asociada a la presencia de dolor.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

2. Exploración física

Pruebas específicas

- *Signo de Trendelenburg*: positivo.
- *Test de abducción resistida de cadera*: positivo.
- Resisted external derotation test: positivo.
- *Test de Patrick-Faber*: positivo.
- *Test de Ober*: positivo. Muestra afectación de bandeleta iliotibial.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

3. Tratamiento de fisioterapia

Objetivos

- Disminuir el dolor e inflamación.
- Normalizar el tono muscular.
- Mejorar la flexibilidad.
- Fortalecer la musculatura deficitaria.
- Reeducación de la marcha.
- Readaptación a las actividades de la vida diaria.
- Evitar recidivas.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

3. Tratamiento de fisioterapia

Se establece una sesión semanal de tratamiento. Durante las sesiones, se realiza el tratamiento mediante terapia manual, ejercicio terapéutico y ultrasonidos. Además, se introduce la educación al paciente mediante estrategias de autocuidados y pauta de ejercicios domiciliarios, descritos a continuación, muy importantes en este tipo de pacientes.

La pauta de ejercicios domiciliarios incluye ejercicios de estiramiento, ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abductora de la cadera y, posteriormente, ejercicios de control lumbopélvico y ejercicios de reeducación de la marcha.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

4. Evolución

Con el seguimiento al mes de iniciar el tratamiento, se observa una buena evolución del paciente con terapia manual, ultrasonidos, ejercicios de estiramientos, pauta de ejercicios de estiramiento domiciliario y estrategias de autocuidados y una mejoría en todos los parámetros siendo el dolor en EVA de 3.

Debido a la buena evolución, en la primera sesión tras un mes de tratamiento se introducen ejercicios de fortalecimiento de la musculatura abductora, asociados al tratamiento previo, en la consecución de una mejora de la musculatura deficitaria.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

4. Evolución

En la siguiente sesión, continúa la buena evolución del paciente, por lo que se valora la introducción de ejercicios de control lumbopélvico y de reeducación de la marcha asociados al tratamiento fisioterápico anterior. Se realiza especial incapié en la importancia de realizar la prescripción de ejercicio domiciliario asociado a las estrategias de autocuidados.

En la tercera sesión al mes de iniciar el tratamiento, se observa una evolución y tolerancia favorable con la introducción de los ejercicios de reeducación de la marcha, por lo que se valora el alta para la próxima sesión de tratamiento.

CASO CLÍNICO DE BURSITIS TROCANTÉREA

4. Evolución

En la siguiente semana, se realiza una reevaluación del paciente en el que se observa una musculatura glútea competente asociada a un adecuado control de la pelvis y, por tanto, una mejora significativa de la dismetría observada durante la primera consulta de fisioterapia y una biomecánica de la marcha adecuada. Además, la mejoría significativa en el dolor que refiere el paciente como ausente, origina que se considere el alta de Fisioterapia y, por tanto, la finalización del tratamiento. No obstante, se recomienda que continúe las pautas de ejercicio domiciliario y estrategias de autocuidados, previamente descritos, para una reevaluación posterior al mes, donde se observa mantenimiento de la remisión de los síntomas.

CONCLUSIONES

La bursitis trocantérea se considera una de las patologías más importantes que forman parte del síndrome doloroso del trocánter mayor. Aunque su diagnóstico, basado en la anamnesis y el examen físico, es principalmente clínico, el empleo de las pruebas de imagen puede constituir una herramienta complementaria para confirmar su diagnóstico.

A pesar de su diversa etiología, resulta importante en estos pacientes valorar el estado de la bandeleta iliotibial y glúteo medio para, posteriormente, incidir sobre ellos en el tratamiento fisioterápico ya que se consideran los principales afectados en esta patología.

CONCLUSIONES

Por otra parte, es importante destacar la importancia de la educación al paciente como complemento del tratamiento, debido a la relevancia que adquiere la pauta de ejercicios domiciliarios y estrategias de autocuidados en la consecución de un tratamiento adecuado y eficaz en estos pacientes.

Las opciones terapéuticas en este cuadro clínico crónico son múltiples, sin embargo, se recomienda el empleo de un tratamiento conservador como primera línea de tratamiento.

Por último, resulta esencial recalcar la importancia de un adecuado tratamiento multi e interdisciplinar en el manejo de un cuadro clínico crónico como es la bursitis trocantérea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mulligan EP, Middleton EF, Brunette M. Evaluation and management of greater trochanter pain syndrome. Phys Ther Sport. 2015;16(3):205-214.
2. Lustenberger DP, Ng VY, Best TM, Ellis TJ. Efficacy of treatment of trochanteric bursitis: a systematic review. Clin J Sport Med. 2011;21(5):447-453.
3. Long SS, Surrey DE, Nazarian LN. Sonography of greater trochanteric pain syndrome and the rarity of primary bursitis. AJR Am J Roentgenol. 2013; 201(5):1083-1086.
4. Mulford K. Greater Trochanteric Bursitis. J Nurse Pract. 2007; 3 (1): 328-332.
5. Del Buono A, Papalia R, Khanduja V, Denaro V, Maffulli N. Management of the greater trochanteric pain syndrome: a systematic review. Br Med Bull. 2012;102:115-131.

BIBLIOGRAFÍA

6. Klauser AS, Martinoli C, Tagliafico A, Bellmann-Weiler R, Feuchtner GM, Wick M et al. Greater trochanteric pain syndrome. Semin Musculoskelet Radiol. 2013;17(1):43-48.
7. González Duque A, De José Reina C, Vaquero Martín J. Trochanteric bursitis. Medifam. 2003: 13 (1): 35-40.
8. Nissen MJ, Genevay S. Greater trochanteric pain syndrome. Rev Med Suisse. 2015;11(465):585-588.
9. Mani-Babu S, Morrissey D, Waugh C, Screen H, Barton C. The effectiveness of extracorporeal shock wave therapy in lower limb tendinopathy: a systematic review. Am J Sports Med. 2015;43(3):752-761.
10. Kertzman P, Lenza M, Pedrinelli A, Ejnisman B. Shockwave treatment for musculoskeletal diseases and bone consolidation: qualitative analysis of the literature. Rev Bras Ortop. 2015;50(1):3-8.

BIBLIOGRAFÍA

11. Pavkovich R. The use of dry needling for a subject with chronic lateral hip and thigh pain: a case report. Int J Sports Phys Ther. 2015;10(2):246-255.
12. Pavkovich R. Effectiveness of dry needling, stretching, and strengthening to reduce pain and improve function in subjects with chronic lateral hip and thigh pain: a retrospective case series. Int J Sports Phys Ther. 2015;10(4):540-551.
13. Morton S, Chan O, Price J, Pritchard M, Crisp T, Perry JD et al. High volume image-guided injections and structured rehabilitation improve greater trochanter pain syndrome in the short and medium term: a combined retrospective and prospective case series. Muscles Ligaments Tendons J. 2015;5(2):73-87.
14. Haviv B, Bronak S, Thein R. Greater trochanteric pain syndrome of the hip.Harefuah. 2014;153(2):97-100.

TEMA 169. BASES ANATOMO-FISIOLOGICAS DE LA HIPOACUSIA POR DAÑO COCLEA.

- CRISTINA MARTIN VILLARES
- MARIA GIL MARTIN

ÍNDICE

- BASES MORFOLOGICAS COCLEARES
- BASES FISIOLOGICA DEL LA COCLEA
  - MICROMECANICA COCLEAR
  - TRANSDUCCION

DAÑO COCLEAR E HIPOACUSIA: GENERALIDADES

- OMS: 278 millones de personas con hipoacusia, fundamentalmente por daño en las CELULAS CILIADAS
- *Factores genéticos y ambientales*:
  - Fármacos
  - Ruido
  - Edad
  - Virus
  - Autoinmunidad…

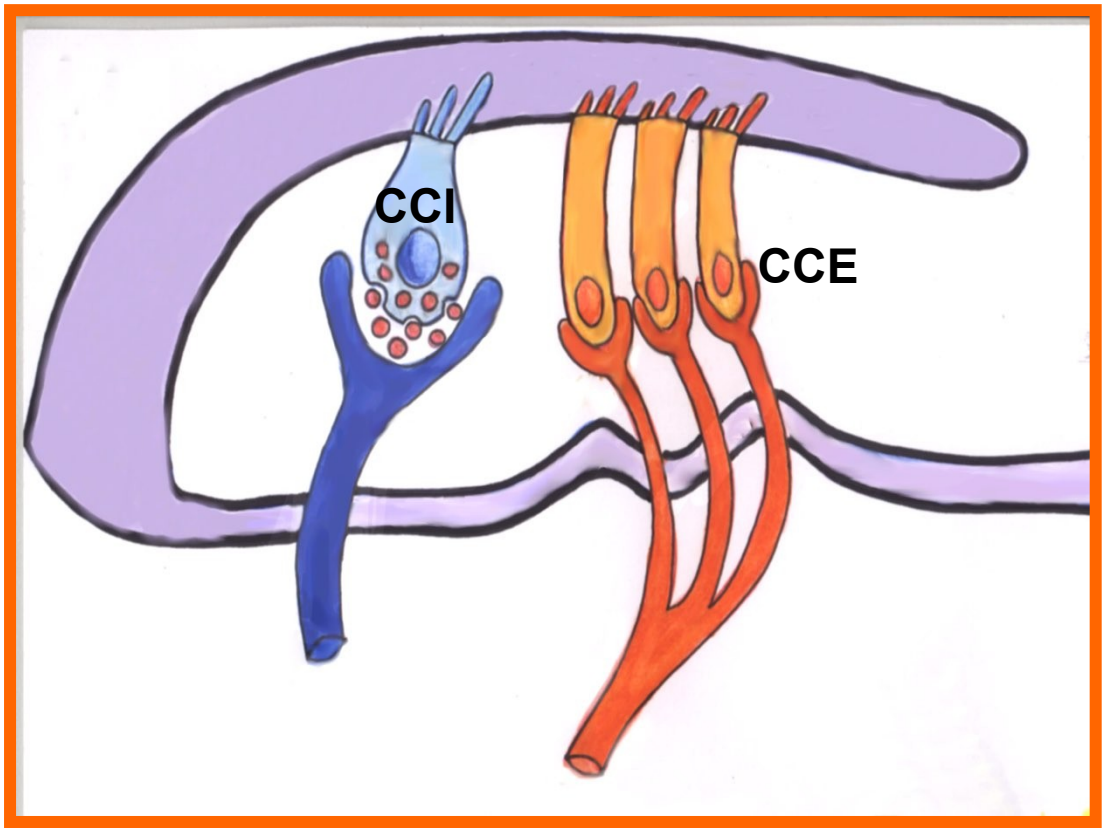
El problema fundamental es que ***la cóclea no puede regenerar sus CELULAS CILIADAS***

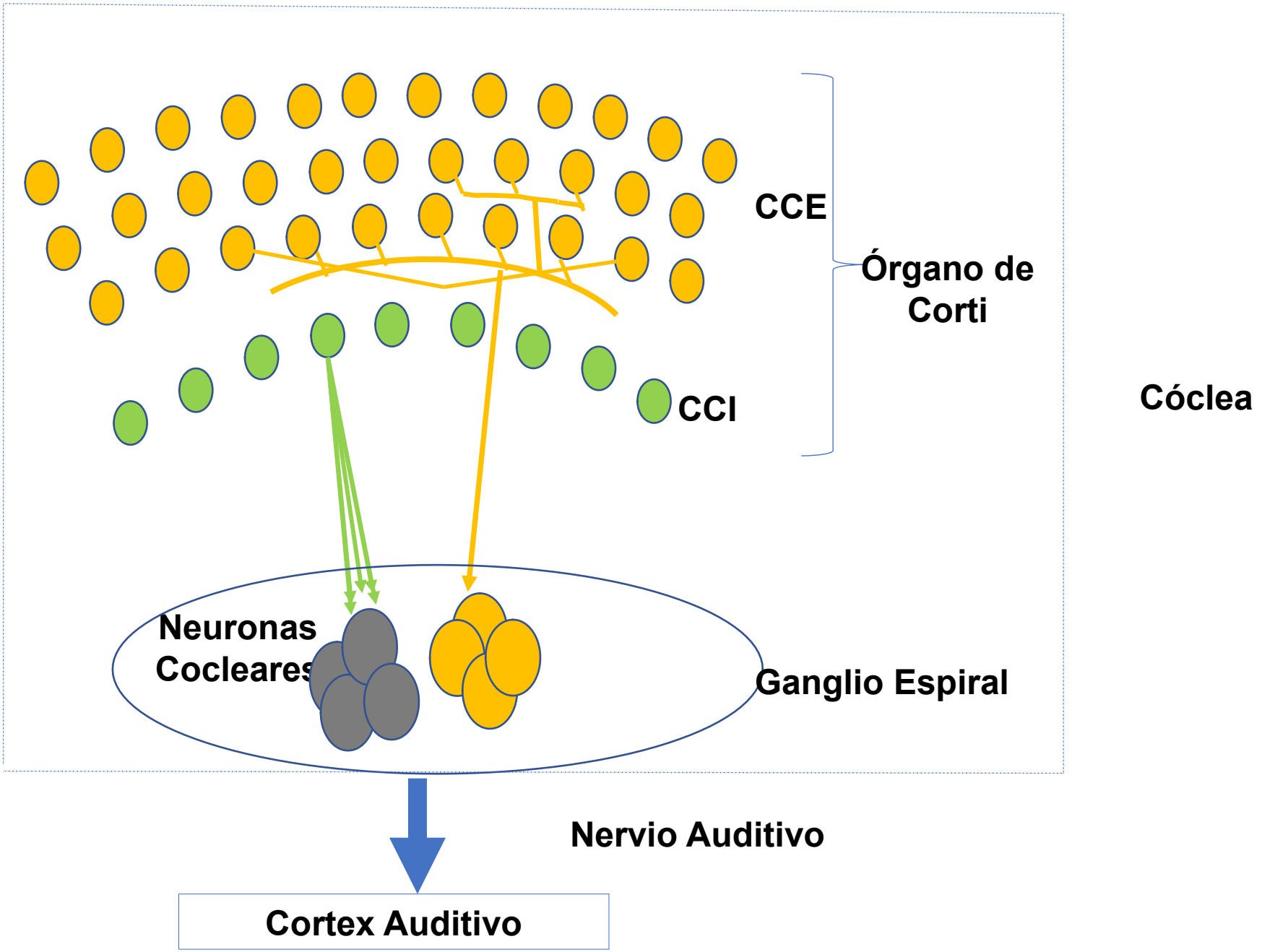
ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS ACTUALES PARA RESTAURAR LA COCLEA DAÑADA

- *Estrategias clínicas* : estimulación directa del Nervio Auditivo mediante:
  - ***PROTESIS AUDITIVAS***
  - ***IMPLANTE COCLEAR***

- *Estrategias Terapeúticas en investigación*:
  - Regeneración de las CC / Ganglio Espiral mediante:
    - ***Terapia Génica:*** activar las células de soporte para que se diferencien en CC
    - ***Trasplante Celular Exógeno***
    - ***Terapia Farmacológica***
    - ***Factores Neurotrópicos***
  - El factor limitante en Investigación es siempre la dificultad de integrar las técnicas en el complejo Órgano de Corti

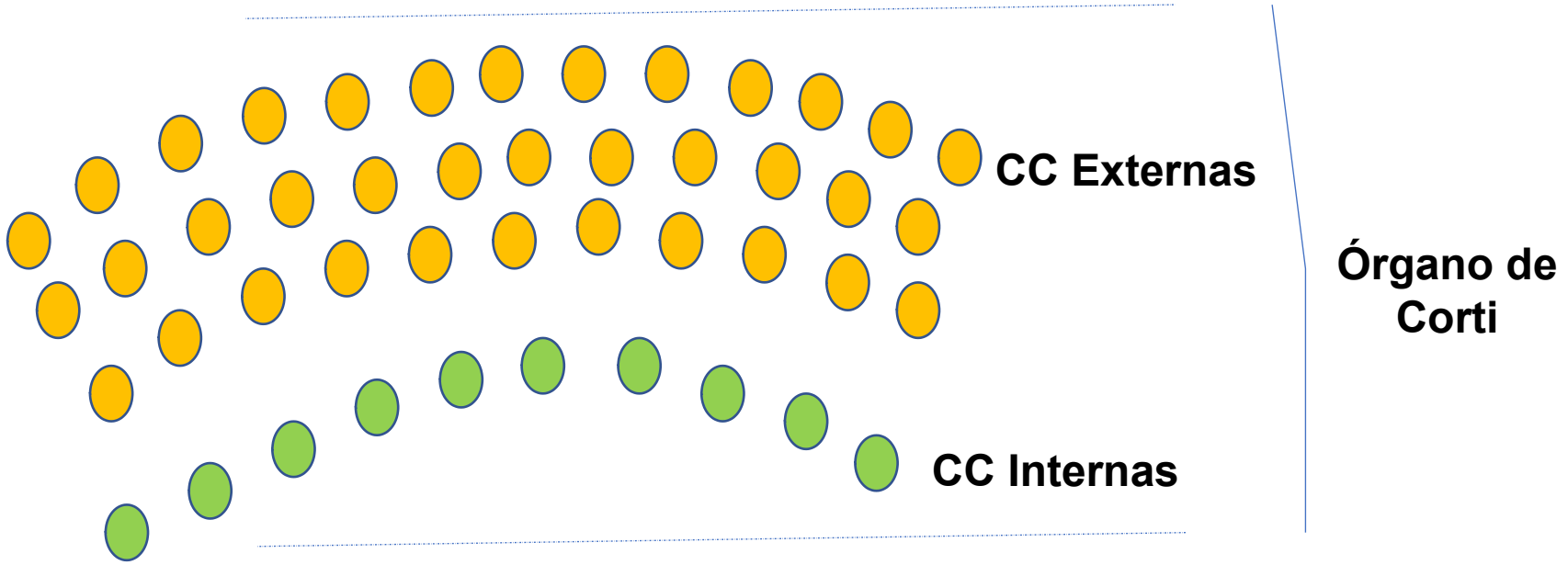
I-. MICRO-ANATOMIA DEL COCLEA




CCE
Órgano de Corti
CCI
Cóclea
Neuronas Cocleares
Ganglio Espiral
Nervio Auditivo
Cortex Auditivo

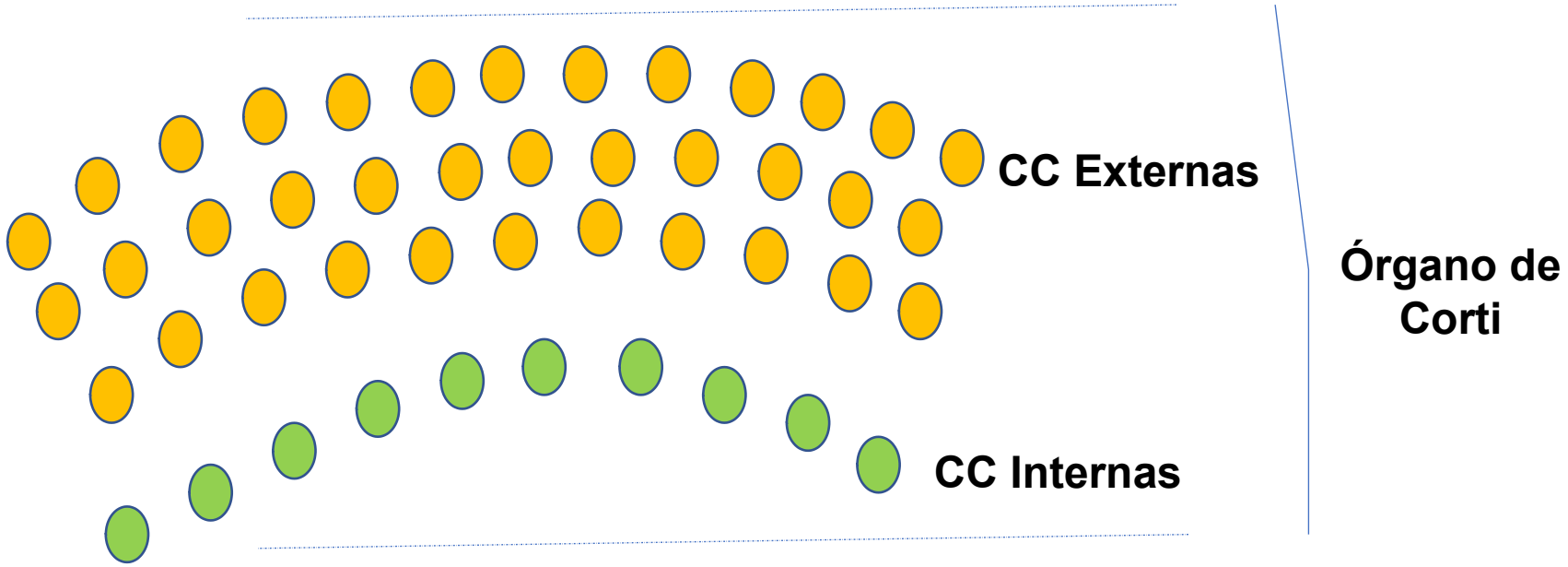
CELULAS CILIADAS EXTERNAS CCE

- **13.000** en cada cóclea humana situadas en **3 filas**
- Al contraerse, inducen el ***movimiento de la membrana basilar***



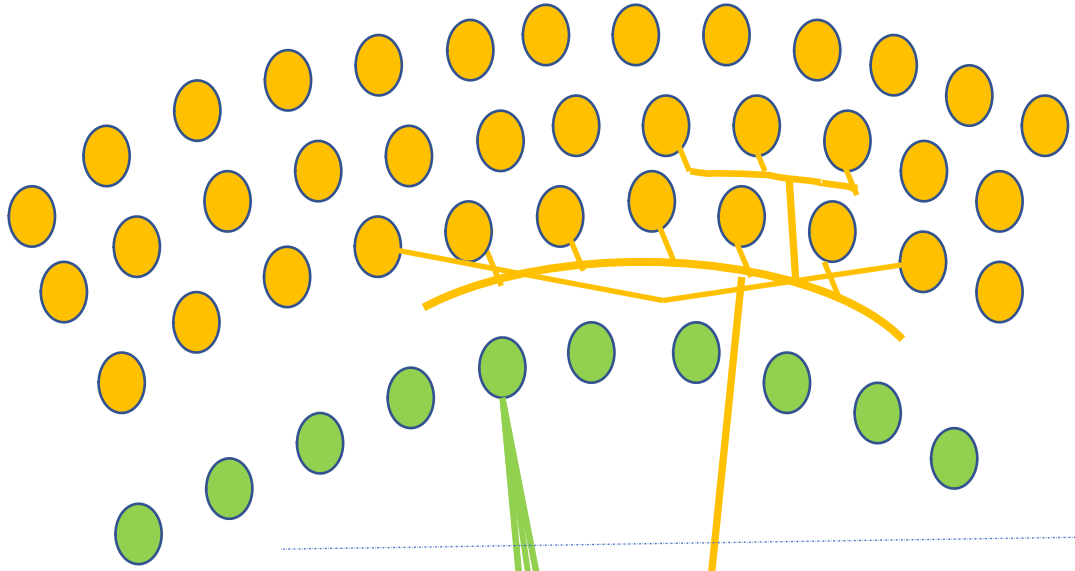
CELULAS CILIADAS INTERNAS CCI

- **3.500** en cada cóclea humana situadas en **1 sola fila**
- Generan la verdadera ***transducción eléctrica***



INERVACION

- 10 ***CCE*** contactan con 1 ***Neurona tipo II***
- 1 ***CCI*** contacta con 10 ***Neuronas tipo I***



CCE

CCI

Órgano de Corti

Vía Auditiva

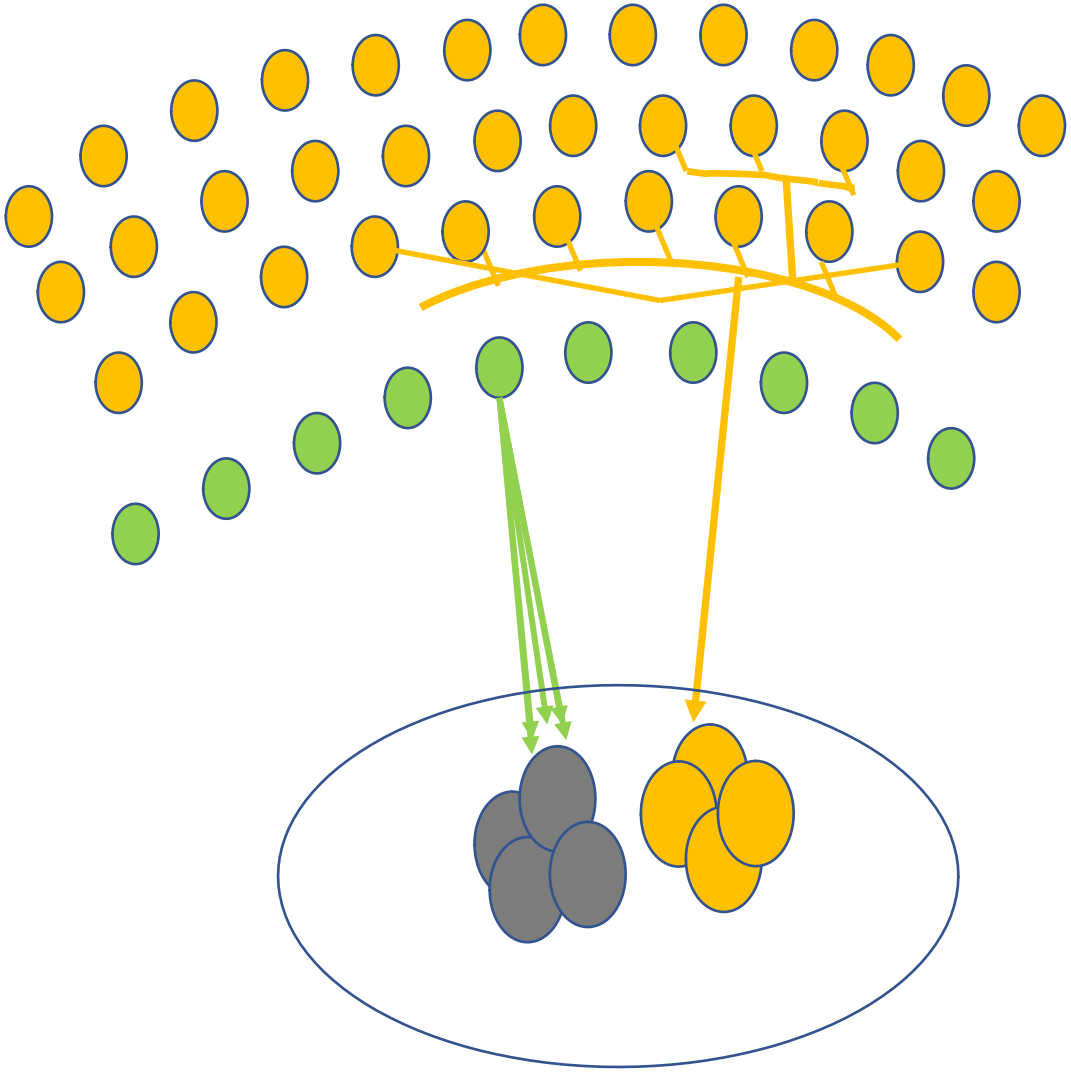
Neuronas Tipo I (95% mielina gutamato

Neuronas Tipo II (5%)

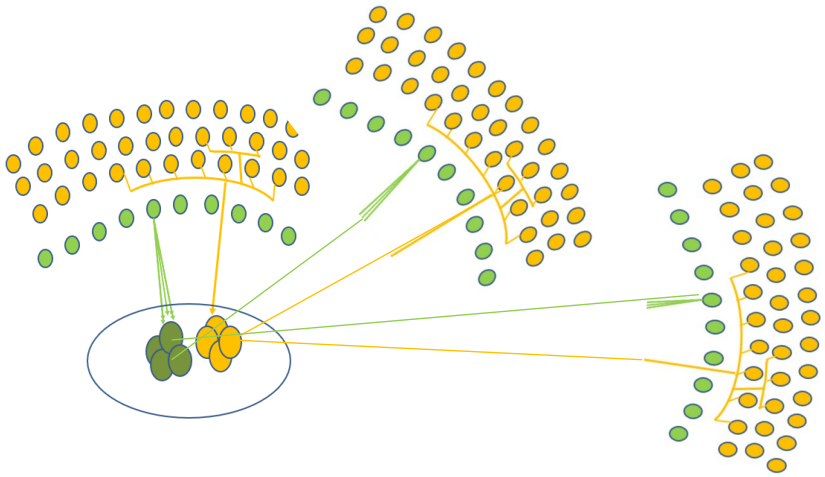
1. **Ganglio de Gaser Neuronas Cocleares**

2. **Oliva Superior Lateral**
3. **Oliva Superior Medial**
4. **Piso del IV Ventrículo**

INERVACION del ORGANO de CORTI



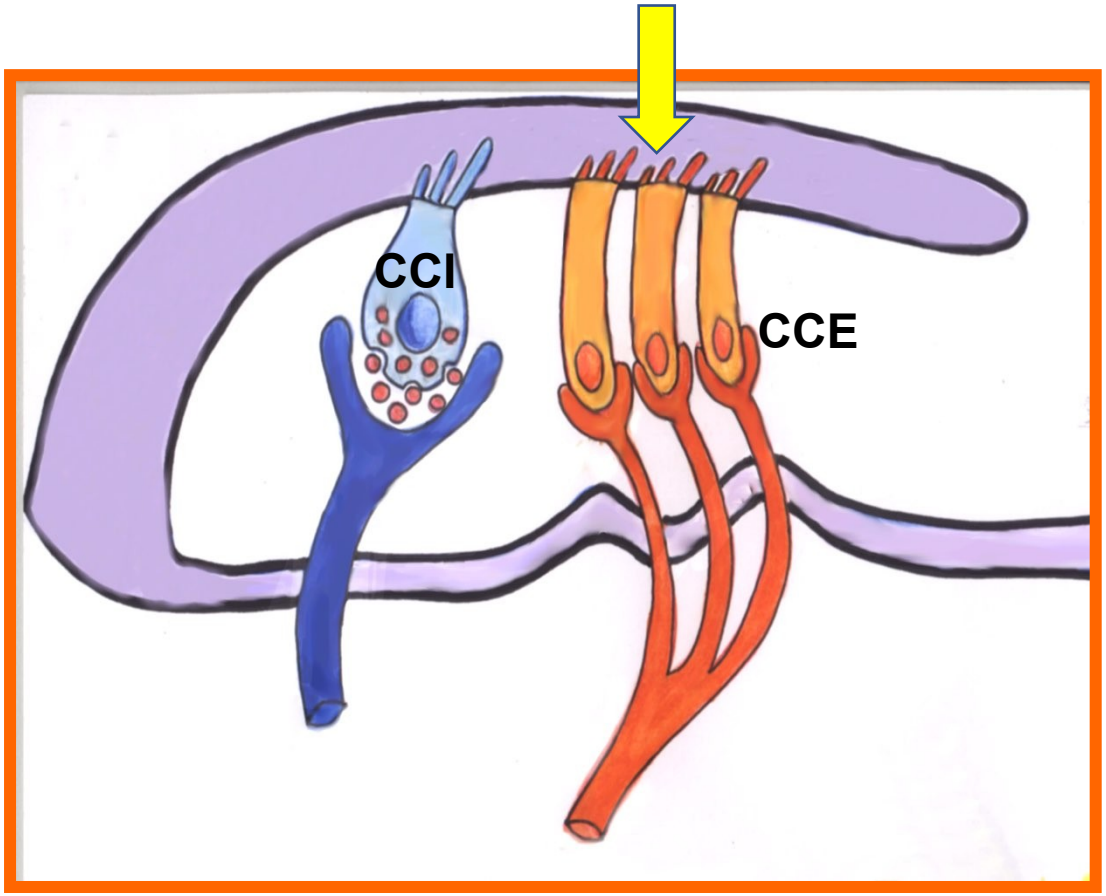
Bases fisiológicas de la COCLEA



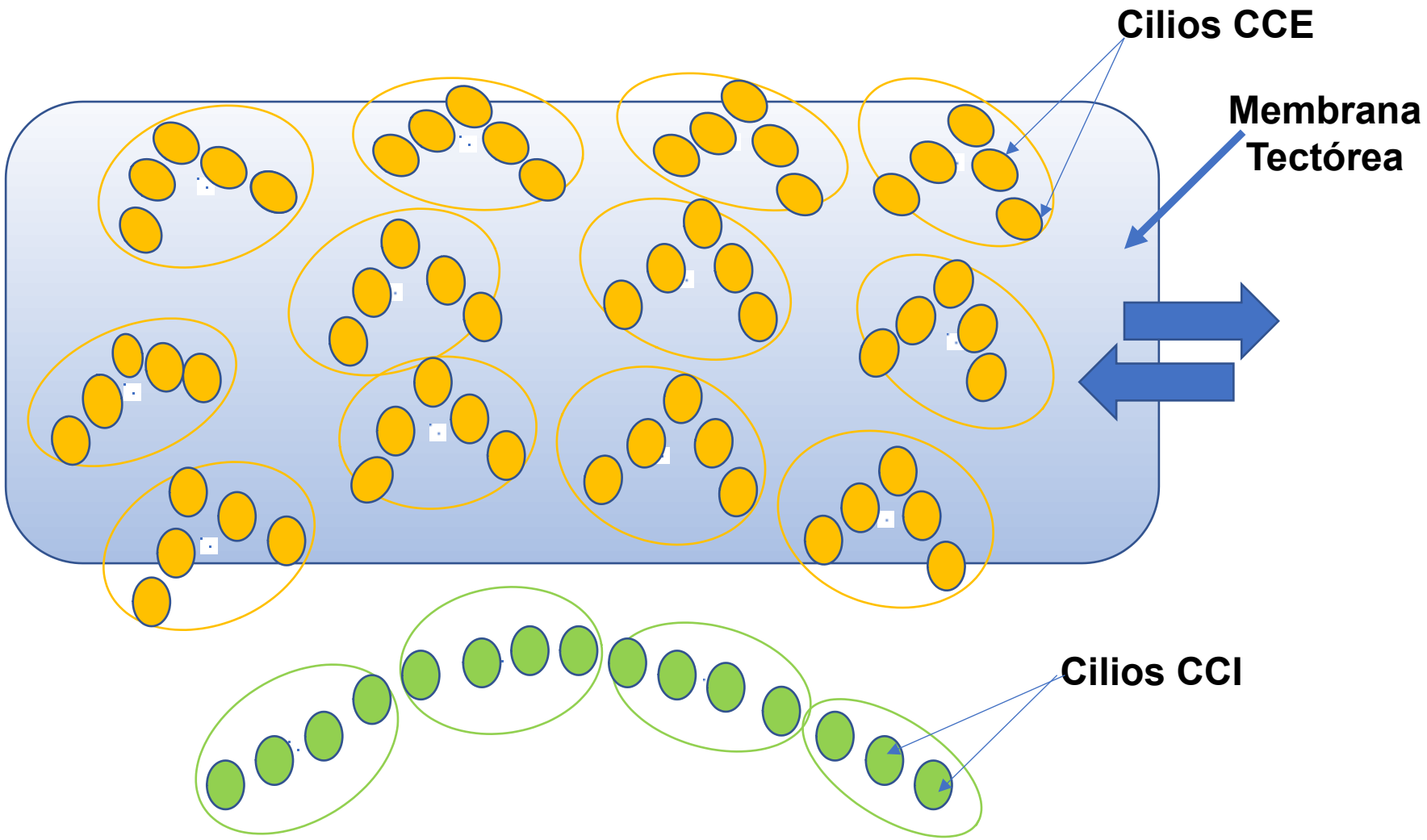
1. El movimiento del estribo en la ventana oval hacia dentro y hacia afuera hace vibrar a la perilinfa de la rampa vestibular de la cóclea

2. El movimiento de la perilinfa de la cóclea causa movimiento en la Membrana de Reissner, que estimula zonas específicas del órgano de Corti en función de la frecuencia, actuando como primer filtro

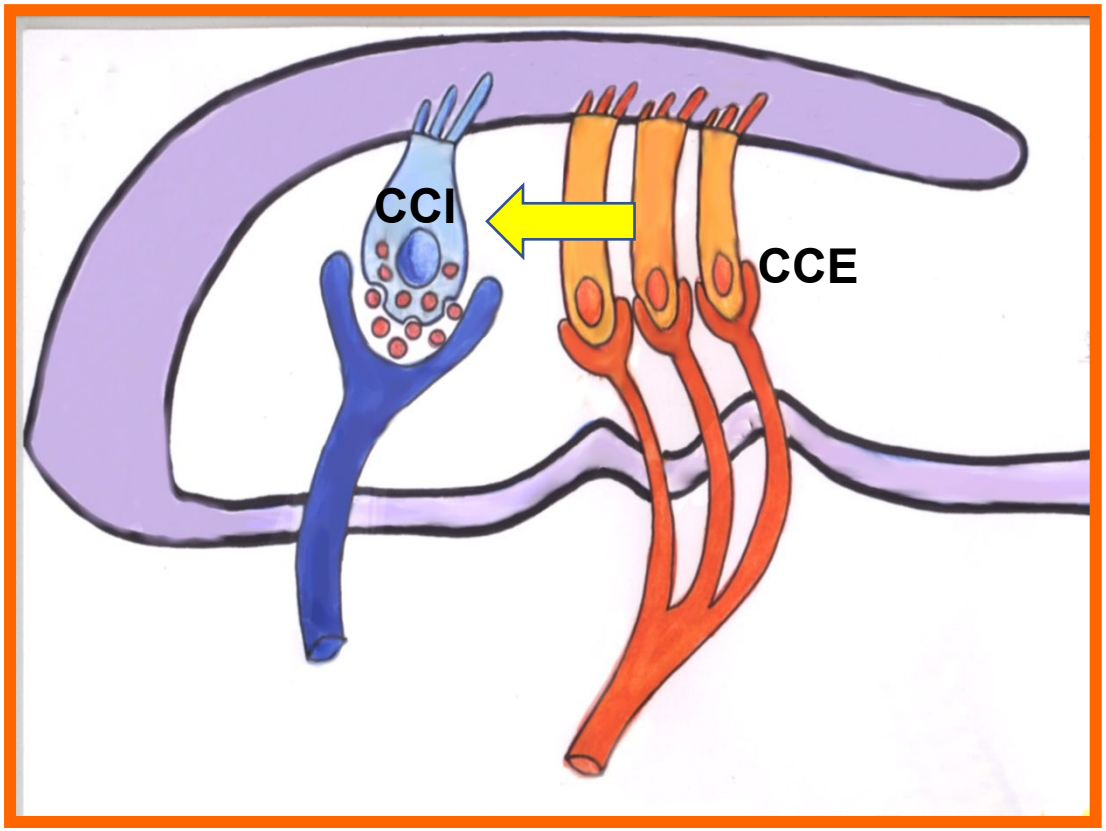
El cizallamiento de la ***MEMBRANA TECTOREA*** provoca
estímulo de los ***CILIOS de las CCE***



El cizallamiento de la ***MEMBRANA TECTOREA*** provoca
estímulo de los ***CILIOS de las CCE***

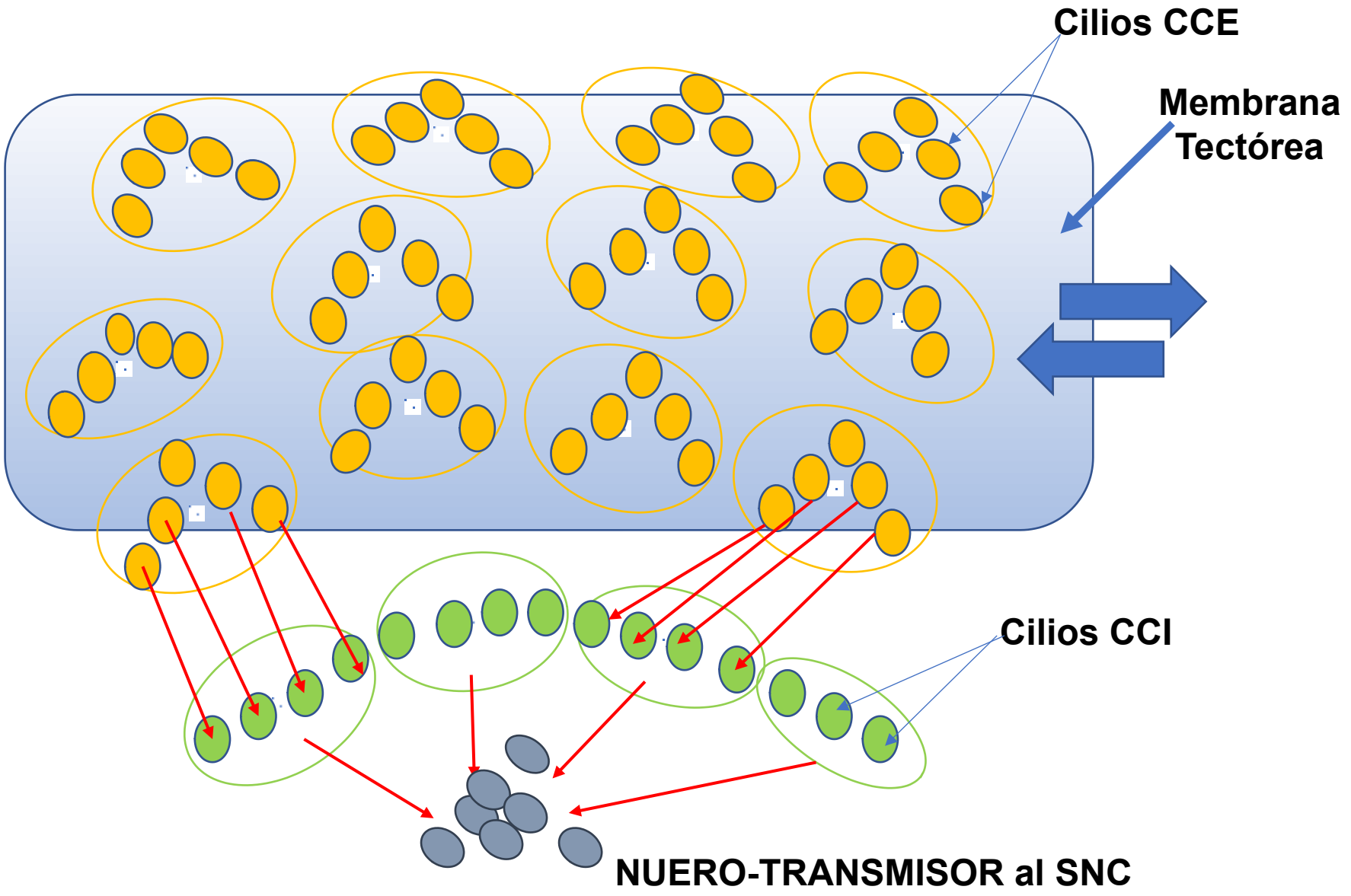


4. El movimiento de los ***CILIOS de las CCE*** provoca el estímulo de los ***CILIOS de las CCI***, que liberan NEUROTRANSMISOR al Sistema Nervioso Central



NUERO-TRANSMISOR al SNC

4. El movimiento de los ***CILIOS de las CCE*** provoca el estímulo de los ***CILIOS de las CCI***, que liberan NEUROTRANSMISOR al Sistema Nervioso Central



III-. ESTRATEGIAS TERAPEÚTICAS CONTRA EL DAÑO COCLEAR:

Daño Coclear (ruido, edad, aminoglucósidos…)

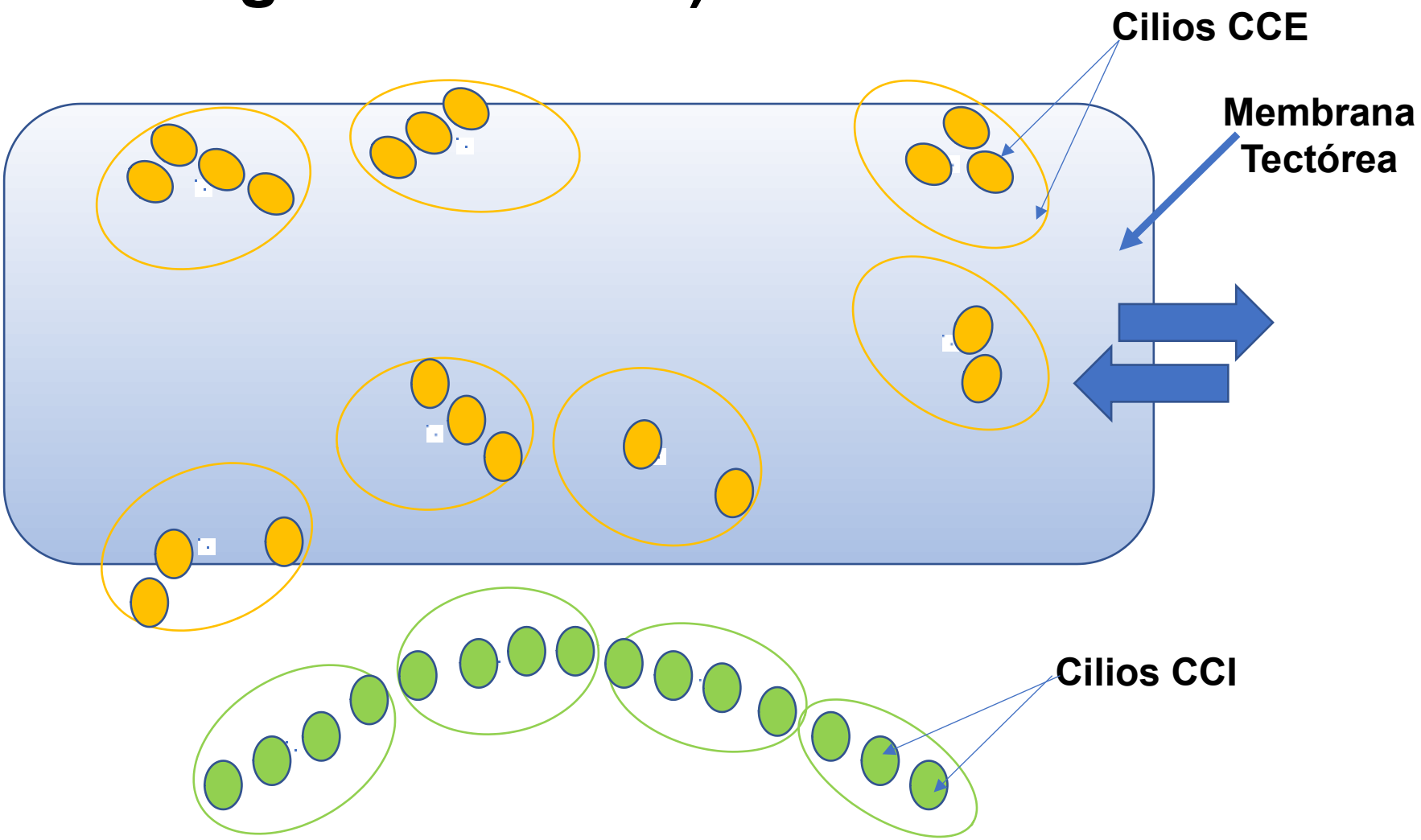
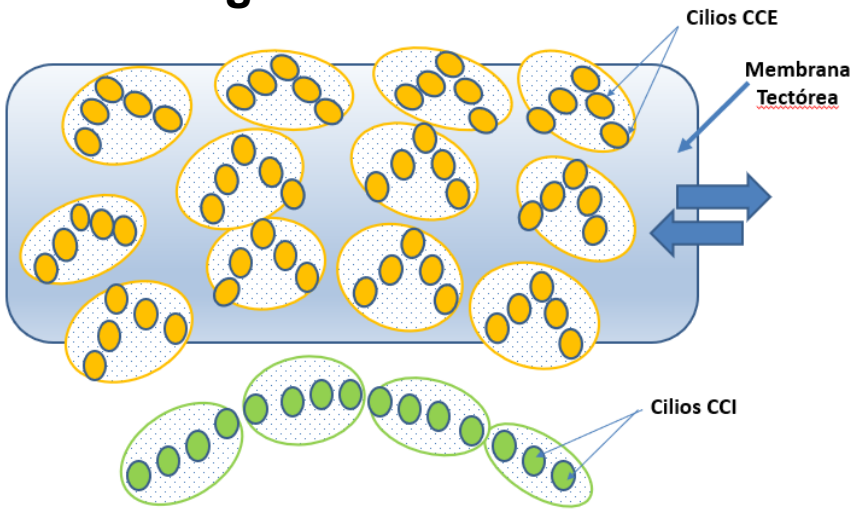


Figura A



DAÑO COCLEAR POR AMINOGLUCOSIDOS / RUIDO

La imagen A muestra un receptor auditivo normal, mientras que en la imagen B se observa la ausencia de cilios en las Células Ciliadas Externas. En una etapa más avanzada, existe ya ausencia de CCE (imagen C).

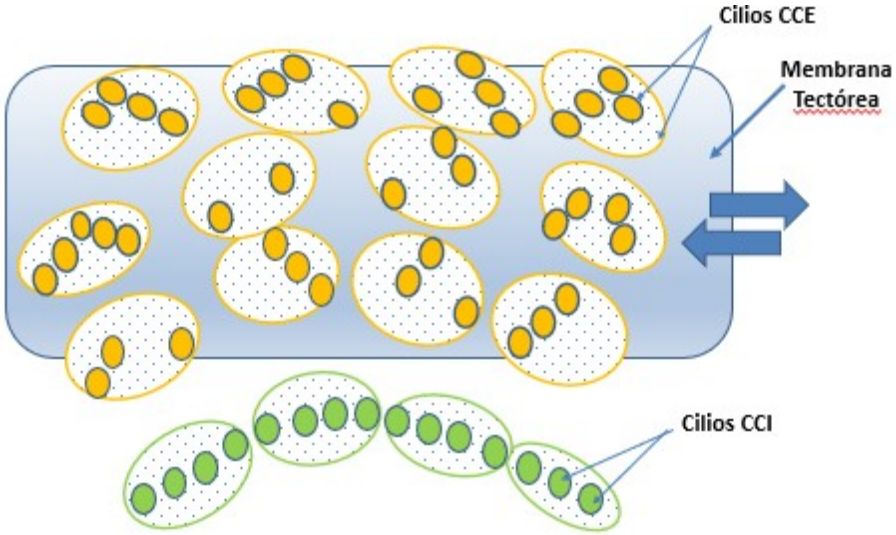


Figura B

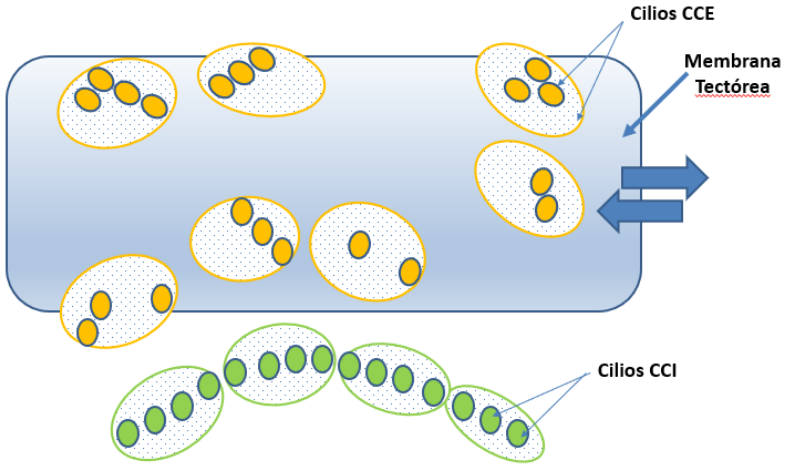
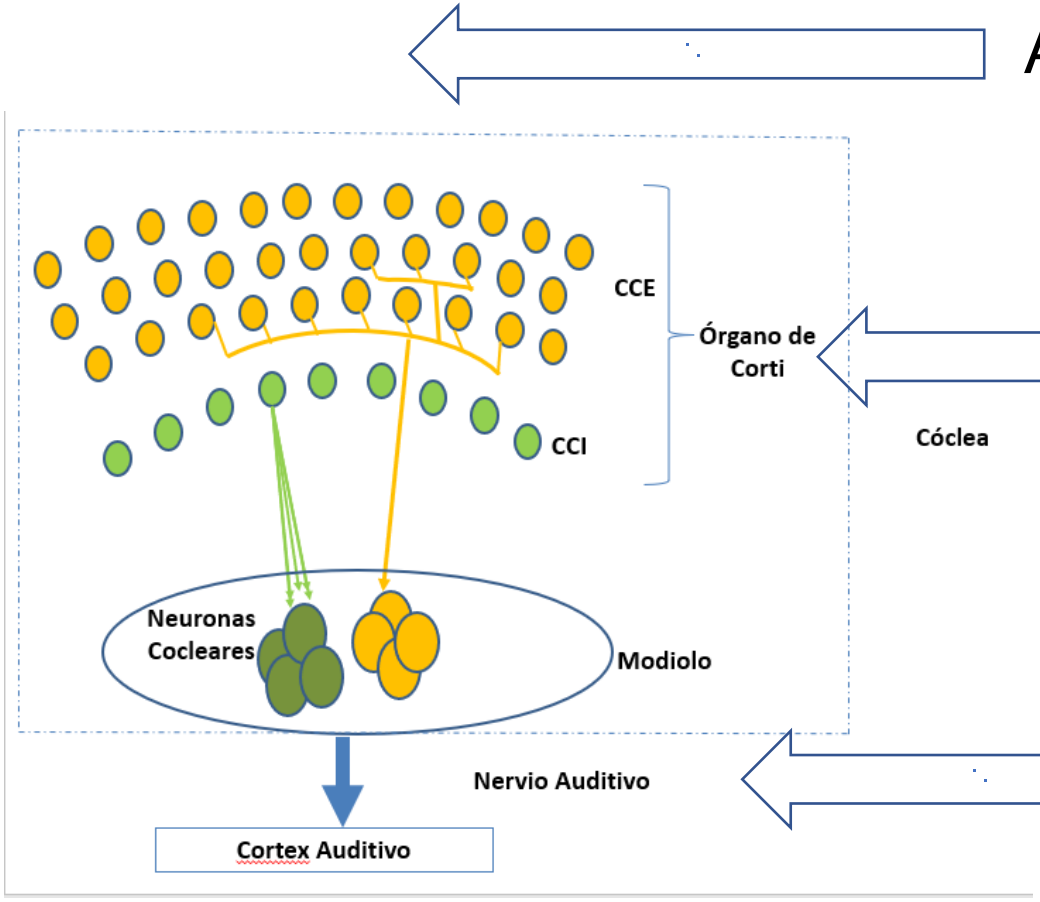


Figura C

Tratamiento del Daño Coclear

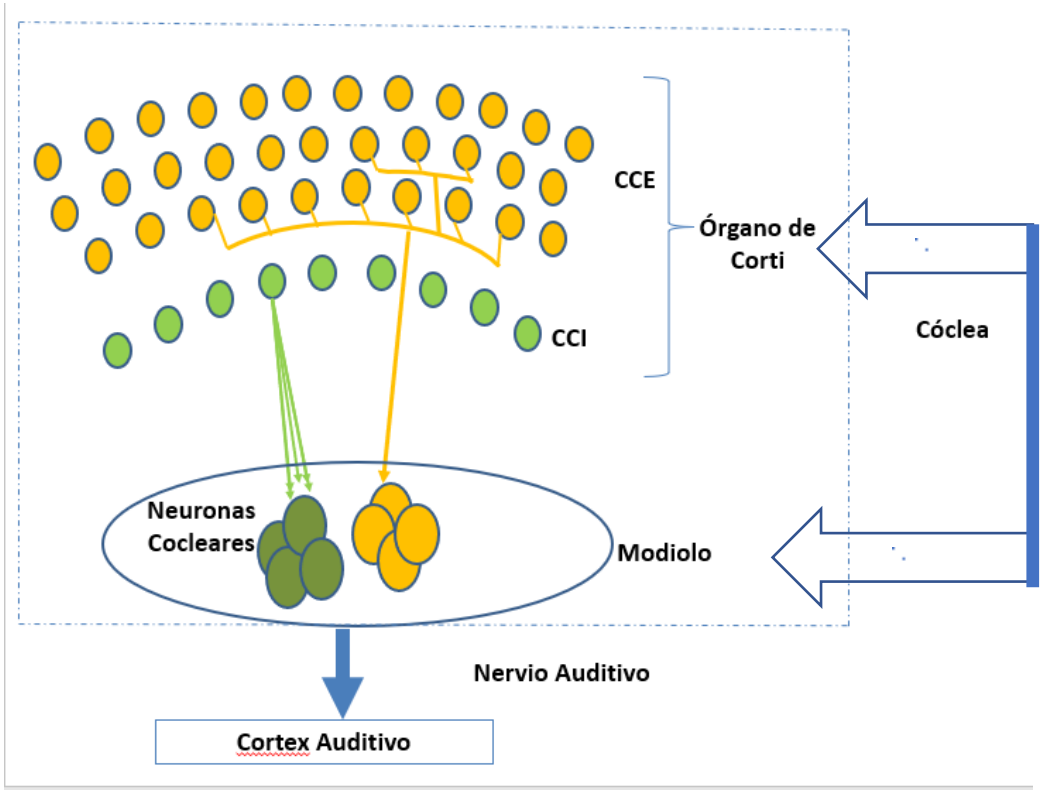


Audioprótesis

Implante Coclear

Implante Tronco Cerebral

Investigación en el tratamiento del daño coclear



1. Activación de células endógenas por terapia génica o farmacológica

2. Reprogramar células obtenidas del propio paciente

TEMA 170. COMUNICACIÓN: BARRERAS ENTRE PACIENTE Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO.

- REBECA GONZÁLEZ ARNIELLA
- VANESSA GONZÁLEZ NARANJO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

- COMUNICACIÓN: DEFINICIÓN Y ELEMENTOS.
- TIPOS DE COMUNICACIÓN.
- ¿QUÉ ES LA INFORMACIÓN?
- DIFERENCIAS ENTRE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN.
- BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN.

OBJETIVOS
RESULTADOS
CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA COMUNICACIÓN?

Es el intercambio de información, ideas y mensajes entre dos o más personas. Es por lo tanto un proceso bidireccional innato en el ser humano, una necesidad básica, para la que venimos determinados biológicamente. Es más un hecho sociocultural que un proceso mecánico. Y el medio que utilizamos para comunicarnos es el **lenguaje**.

La palabra **comunicación** proviene del latín “comunis” que significa común. De ahí que comunicar signifique transmitir ideas y pensamientos con el objetivo de ponerlos “en común” con otro.

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

Emisor: es quien elabora y transmite el mensaje.

Receptor: es quien recibe e interpreta el mensaje.

Mensaje: es la información que transmite el emisor a receptor.

Canal: es el medio por donde circula el mensaje y puede ser natural (aire) o artificial (teléfono, correo, email).

Código: conjunto de signos y reglas que al combinarlos hace posible que la comunicación se produzca y que comparten emisor y receptor.

Contexto: es la situación global en que se realiza la comunicación. Existen dos tipos. Contexto lingüístico y extralingüístico o también denominado situación comunicativa.

Retroalimentación o *feedback:* es la información que inmediatamente genera el receptor al recibir un mensaje, puede ser verbal o no verbal (asentir ,gestos, sorpresa).

Respuesta: sería la emisión de mensaje concreto por parte del receptor.

TIPOS DE COMUNICACIÓN

Comunicación verbal:

La comunicación verbal es aquella que utiliza las palabras como signos. No puede ser aislada de una serie de factores para que sea efectiva, lo que incluye la comunicación no verbal, las habilidades de escucha y la decodificación.

Comunicación no verbal:

La comunicación no verbal también llamada lenguaje corporal viene definida por signos no lingüísticos, tales como los gestos, las expresiones faciales, la expresión corporal, el contacto visual. La misma comunicación oral contiene elementos no verbales como la **paralingüística** (tono empleados, el ritmo, el volumen de la voz, los silencios y los timbres) ,la **kinesia** (cruzar las piernas, fruncir el ceño, entrelazar las manos) y la **proxémica** (espacio personal que nos circunda: distancia intima, personal y pública).

¿QUÉ ES LA INFORMACIÓN?

Es un conjunto de datos de distinto tipo que se pueden utilizar para distintos fines. Su característica fundamental es que transmita un mensaje, ya sea por medios orales, escritos o audiovisuales.

La información aumenta el conocimiento, comunica novedades y complementa la comunicación. En la información no hay un feedback, solo una vía de entrega sin respuesta. El objetivo es de informar solamente.

DIFERENCIAS ENTRE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN.

La diferencia entre ambas reside en la respuesta del interlocutor (retroalimentación), mientras que la información no precisa retroalimentación, la comunicación sí para poder seguir estableciéndose.

BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN.

Son las barreras u obstáculos que puedan surgir durante el proceso comunicativo. Estos factores impiden o dificultan la comunicación, deformando el mensaje u obstaculizando el proceso de la comunicación.

TIPOS:

Barreras físicas: son las circunstancias que se presentan, no en las personas, sino en el medio ambiente y que impiden una buena comunicación (ruidos, iluminación, distancia)

Barreras semánticas: Es el significado de las palabras, cuando no se precisa su sentido, estás se prestan a diferentes interpretaciones y así el receptor no interpreta lo que dijo el emisor, sino lo que su contexto cultural le indica.

Barreras fisiológicas: impiden emitir o recibir con claridad y precisión un mensaje, debido a los defectos fisiológicos del emisor o el receptor (alteración de órganos que constituyen los sentidos, deficiencia en la escritura, lectura, escucha).

Barreras psicológicas: representan la situación psicológica particular del emisor o receptor de la información, ocasionada a veces por agrado o rechazo hacia el receptor o emisor, incluso al mensaje que se comunica, la deficiencia o deformación puede deberse también a estados emocionales (miedo, odio, tristeza, alegría) o a prejuicios para aprobar o desaprobar lo que se dice, no lea lo que esta escrito, no entienda o no crea lo que oye o lee.

Barreras administrativas: éstas pueden ser por la falta de planificación, presupuestos no aclarados, expresión deficiente, pérdida en la transmisión y mala retención, escuchar mal, sistemas de intercambio de información defectuosos, la falta de supervisión o formación de las personas implicadas, el filtrado de información confidencial, las brechas de comunicación entre jefes y empleados, entre otros.

OBJETIVOS

- Los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios deberán superar las barreras de comunicación utilizando todas las alternativas posibles para ayudar a usuarios, pacientes y familiares.

- Mejorar la atención administrativa con los pacientes, usuarios o familiares mediante el uso mejorado de la comunicación verbal y no verbal teniendo en cuenta lo que no se expresa con palabras.

- Formación en estrategias comunicativas empáticas y asertivas por parte de los auxiliares administrativos y demás profesionales sanitarios.

RESULTADOS

Una buena comunicación es la clave a la hora de atender al usuario por parte del auxiliar administrativo desde la recepción en el centro sanitario, orientándole y facilitándole el acceso a la información administrativa, simplificando trámites o suprimiendo los innecesarios para lograr un mayor grado de satisfacción del mismo, en sus relaciones con la administración.

CONCLUSIONES

Para poder mantener una buena comunicación con los usuarios los auxiliares administrativos debemos adoptar una serie de estrategias tales como:

- Enviar mensajes claros, comprensibles por el receptor.
- Utilizar expresiones que faciliten la comunicación y evitar las que la obstruyen.
- Asumir una actitud de empatía con el interlocutor.
- Escuchar con atención.
- Utilizar la retroalimentación para verificar la comprensión adecuada.
- Eliminar o evitar ruidos o interferencias.
- Tratar de dejar a un lado los prejuicios.
- Controlar las emociones que puedan perjudicar la comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

- Ballenato Prieto, Guillermo. Comunicación eficaz: Teoría y práctiva de la comunicación humana, Ediciones Pirámide.

- Van-der Hofstadt Roman, Carlos J. El libro de las habilidades de comunicación: como mejorar la comunicación personal, Ediciones Díaz Santos (2013)

Página web:

- http://barrerasdelacomunicacion.blogspot.com/
- https://blog.elinsignia.com/2018/07/07/barrera-de-la-comunicacion/

TEMA 171. CONJUNTIVITIS POR ADENOVIRUS.

- ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ
- ÁNGELA GARCÍA RODRÍGUEZ
- MÓNICA CORRALES PINTO
- MARÍA VICTORIA COUTO CALVO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DESCRIPCIÓN DE CASO
- EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- DIAGNÓSTICO
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La conjuntiva es una membrana que recubre externamente el globo ocular.

La conjuntivitis viral es una infección conjuntival aguda extremadamente contagiosa que suele deberse a adenovirus. Los síntomas incluyen irritación, fotofobia, secreción acuosa e hiperemia conjuntival con folículos.

La diferencia entre la hiperemia conjuntival y la ciliar (típica de uveítis y glaucoma agudo) es que la hiperemia conjuntival se presenta con el ingurgitamiento de los vasos conjuntivales superficiales, lo mas habitual es que se presente con mayor intensidad en los fondos de saco (fórnix) y región tarsal, tiende a disminuir en las proximidades de la región límbica (limbo corneal).

La red de vasos dilatados se desplaza con los movimientos de la conjuntiva y la aplicación de gotas vasoconstrictores (fenilefrina) suele disminuir o suprimir la hiperemia por un corto espacio de tiempo.

El diagnóstico es clínico basado fundamentalmente en la exploración, a veces están indicados los cultivos virales o las pruebas inmunodiagnósticas.

La infección es autolimitada, aunque en los casos graves a veces se requieren corticoides tópicos, y puede dejar secuelas generalmente transitorias.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 55 años de edad que acude al servicio de urgencias de oftalmología por ojo rojo bilateral. Empezó hace cuatro días en el ojo derecho y hace veinticuatro horas también en el izquierdo.

Como antecedentes a reseñar destaca dos familiares afectos de proceso similar en las

últimas dos semanas.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Básicamente exploración clínica con lámpara de hendidura. En casos excepcionales se realizan cultivos.

En la exploración con lámpara de hendidura se aprecia una hiperemia conjuntival folicular con adenopatía preauricular derecha. La agudeza visual es de 1 en ambos ojos y las corneas eran normales en ese momento. El resto de exploración oftalmológica era normal.

DIAGNÓSTICO

Con el diagnóstico de presunción de probable **conjuntivitis por adenovirus** se pauto tratamiento con colirio de fluorometalona (corticoide suave), y de tobramicina, para prevenir sobreinfección Bacteriana; generalmente no son precisos los antivirales.

Con dicho tratamiento pasadas dos semanas remitieron los signos inflamatorios agudos.

Aproximadamente cuatro semanas después la paciente vuelve a acudir por disminución de agudeza visual en su ojo derecho constatándose una agudeza visual de 0,7(optotipos snellen) y la presencia de opacidades corneales subepiteliales por lo que se pauta tratamiento tópico con prednisona colirio en pauta reductora durante cuatro semanas y posteriormente tratamiento prolongado con lágrimas artificiales (de hialuronato sódico).

Posteriormente se realizan revisiones periódicas aproximadamente cada dos meses, constatándose al cabo de un año la desaparición de las opacidades corneales y la restitución de la agudeza visual previa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con cualquier caso de ojo rojo (conjuntivitis bacteriana, uveítis, glaucoma agudo, epiesclerítis, etc)

CONCLUSIONES

En este caso quedaron como secuelas las opacidades subepiteliales corneales, que son raras aunque no excepcionales y que suelen resolverse con el tiempo. Al ser muy contagiosa la conjuntivitis por adenovirus, se pueden tomar las siguientes medidas para evitar el contagio:

-Limitar en la medida de lo posible la exposición al sol y no compartir el protector solar para la cara.

-No compartir ni toallas, ni sabanas, ni productos de cosmética.

-No frotarse los ojos.

-Tanto los pacientes con conjuntivitis como las personas próximas a ellos deben extremar la higiene y lavarse siempre las manos antes de llevarlas a los ojos.

-Visitar al especialista cuando aparezcan los primeros síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Infección por adenovirus en los adultos- ClinicalKey [Internet].

[citado 25 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/patient_handout/5-s2.0-pe_200b3b22-7085-45cb-84c5-aef9a8173218

2. Infección por adenovirus en los niños- ClinicalKey [Internet].

[citado 25 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvgcsalud.a17.csinet.es/#!/content/patient_handout/5-s2.0-pe_a1d805f0-56f4-42f8-b13f-1aa51c8d4663

3. Conjuntivitis viral - Trastornos oftálmicos - Manual MSD versión
para profesionales [Internet]. [citado 25 de septiembre de 2019].
Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es
/professional/trastornos-oft%C3%A1lmicos/trastornos-conjuntivales-y-esclerales /conjuntivitis-viral

TEMA 172. CONTRASTES RADIOLOGICO.

- DESIREÉ FERNÁNDEZ CUESTA.
- LUCÍA MERA MARTÍNEZ.
- BELÉN BLANCO GUTIÉRREZ.
- REBECA RODRÍGUEZ ECHEVARRÍA.

ÍNDICE.

- Introducción
- Definición de contaste.
- Características de los contrastes radiológicos.
- Vías de administración del contraste.
- Tipos de contrastes utilizados en radiología.
- Contrastes iodados.
- Sulfato de bario
- Reacciones adversas y efectos secundarios.
- Consentimiento informado
- Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

Desde el descubrimiento de los rayos x (1895) hasta nuestros días, el desarrollo y avance de tecnologías ha sido una fuente prioritaria e importante en el ámbito de la medicina.

En la actualidad, estos avances se han hecho indispensables en el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades.

Para el desarrollo de determinadas exploraciones es necesario el empleo de algunas sustancias que junto con los rayos x facilitan en gran medida tanto la realización como el beneficio a posteriori en el diagnostico.

DEFINICIÓN DE CONTRASTE

Los contrastes radiológicos son sustancias radiopacas empleadas en servicios de diagnóstico por imágen con el fin de facilitar la visualización de distintos órganos.
Permite incrementar la densidad de los tejidos observando una clara diferencia entre ambos.
Entre las técnicas radiológicas que en la actualizad se usan los contrastes modifican la atenuación de los rayos x en:

- Radiografías simples.
- Tomografía computarizada.
- La intensidad de la resonancia magnética.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CONTRASTES RADIOLÓGICOS.

- Hidrosoluble.
- Baja toxicidad.
- Baja osmoralidad.
- Fácil eliminación.
- Biodistribución.
- Farmacológicamente inerte.
- Químicamente estable.
- No iónicos.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DEL CONTRASTE RADIOLÓGICO.

- **VÍA INTRAVENOSA:** Se utilizan las soluciones yodadas hidrosolubles en perfusión lenta o bien en inyección en bolo.

  El ritmo final dependerá de la exploración a realizar.

  La cantidad de contraste a administrar varía dependiendo tanto del peso corporal como de zona a explorar. Se administra durante la exploración y en ocasiones puede ser necesario el uso de un inyector automático.
- **VÍA ORAL**: Muy utilizados en opacificaciones digestivas donde se utiliza contrastes yodados hidrosolubles muy diluidos.

  Se administra aproximadamente 2 horas antes de la exploración.

Tipos de contrastes utilizados en radiología.

- **CONTRASTES NEGATIVOS**: La absorción de radiación es menor que en los órganos y tejidos, visualizando estos últimos más opacos que las cavidades donde se encuentra el medio de contraste.

  Ej: GASES ⎵ oxígeno y dióxido de carbono.

- **CONTRASTES POSITIVOS**: La absorción/atenuación de radiación es mayor que en los órganos y tejidos, los contrastes (+)son sustancias más radiopacas que los órgano.

  Ej: Gadolinio, Yodo, Bario…

TIPOS DE CONTRASTES SEGÚN SU COMPOSICIÓN

- **CONTRASTE IONICO:** Son un tipo de contraste iodado que tienen como elemento opacificante el iodo y otros elementos químicos. Tiene mayor osmoralidad.
- **CONTRASTE NO IONICOS :** Se trata de un contraste también portador de iodo, tiene menor osmolaridad lo que favorece la tolerancia por el propio cuerpo y produce menos reacciones adversas.

  El inconveniente sería su elevado coste por eso en la gran mayoría de las ocasiones son utilizados en pacientes hipertensos, diabéticos u otras alteraciones compatibles que precisen su administración.

CONTRASTES IODADOS

Son sustancias hidrosolubles. Muy utilizados en estudios como urografías, linfografías o en tomografía axial computarizada para la visualización de varios órganos como hígado, riñón, pulmón o bazo.
Estos compuestos están contraindicados en procesos de trastornos de insuficiencia renal, diuréticos, lactantes o patologías de oclusión abdominal.
La vía de administración mas frecuente seria la endovenosa.

SULFATO DE BARIO

Se trata del contraste de elección en el estudio del tubo digestivo debido a sus características:

- Buena opacifidad frente a los rayos x.
- No es toxico ni irritante para la mucosa digestiva.
- El bario no es absorbido por el tubo digestivo.
- Presenta una buena adherencia para estudiar con detalle el relieve de la mucosa.
- La concentración de bario influye en el tipo de estudio o segmento a explorar, a (+) concentración (-) velocidad.
- Muy utilizados en la toma de imágenes radiológicas simples, en tomografía axial computarizada y con mayor frecuencia en fluoroscopia o estudios en movimiento.

REACCIONES ADVERSAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE UN CONTRASTE

Los efectos secundarios son aquellos indeseables que aparecen durante o tras la administración del contraste, la mayoría tienen una relación directa con la hiper-osmoralidad o la toxicidad directa que ejerce el contraste sobre el riñón(nefrotoxicidad) o incluso en reacciones de tipo anafilactoide (pseudoalérgicas).
La mayor parte de las reacciones adversas ocurren a los pocos minutos tras la administración (R.A aguda precoz) mientras que en algunas ocasiones excepcionales es posible que se manifiesten a las pocas horas o incluso días de la inyección (R.A tardía o retardada).

REACCIONES ADVERSAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE UN CONTRASTE

Estas reacciones adversas se clasifican según su intensidad en:

- **Leves**: Mal sabor de boca, sensación distérmica, reacciones cutáneas, prurito, enrojecimiento, urticaria, nauseas, vómitos, cefalea leve o dolor en el punto de inyección.

  Duran poco tiempo y en su gran mayoría no requieren tratamiento.

- **Moderadas**: síntomas leves combinados con hipotensión arterial y broncoespasmo. Responden rápidamente al tratamiento.

REACCIONES ADVERSAS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE UN CONTRASTE

- **Graves**: manifestaciones exacerbadas de los signos y síntomas anteriormente citados o incluso convulsiones, pérdida de consciencia, edema laríngeo y/o pulmonar, arritmias cardiacas o parada cardiorespiratoria.

Cualquiera de las reacciones son fácilmente revestidas si se tratan lo antes posible. Para ello es recomendable la preparación previa de los medicamentos e instrumentos necesarios, además del conocimiento del protocolo de actuación. En la mayoría de los casos se recomienda la administración de oxígeno y la inyección intravenosa de un corticoide.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Antes de comenzar la exploración es necesario realizar una pequeña anamnesis al paciente , verificando si comprende tanto el procedimiento como los riesgos.
- El facultativo será el encargado de proporcionar al paciente toda la información necesaria además del consentimiento informado y de aclarar las numerosas dudas.
- El paciente y en caso de incapacidad su tutor o familia serán los encargados de tomar la decisión y reflejarla por escrito (consentimiento informado).

BIBLIOGRAFIA

- García M César, Ortega T Dulia. Avances tecnológicos: La radiología que viene. Rev. méd. Chile [Internet]. 2002 Jun. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872002000600015
  .
- Bellin MF, Webb JA, Van Der Molen AJ, Thomsen HS, Morcos SK; Members of Contrast Media Safety Committee of European Society of Urogenital Radiology (ESUR). Safety of MR liver specific contrast media. Eur Radiol. 2004; 15.

BIBLIOGRAFIA

- Medios de contraste en radiología / coordinadores, Luis Martí- Bonmatí , Yolanda Pallardó Calatayud — Buenos Aires ; Madrid : Médica Panamericana, cop. 2008 [2007] VIII, 160 p — (Monografía SERAM) En la port.: Sociedad Española de Radiología Médica. Disponible en

TEMA 173. CUIDADOS EN PACIENTES CON ELA.

- **SILVIA TORRE FERNÁNDEZ**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- SÍNTOMAS
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- CUIDADOS ESPECIALES EN LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE CON ELA
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

ELA o Enfermedad Lateral Amiotrófica es una enfermedad neurológica, la cual consiste en la degeneración tanto de las neuronas motoras cerebrales como de la medula espinal, aunque no solo afecta a la función motora del enfermo, sino también a la respiración, nutrición o función psicológica, entre otras.

Aunque en los últimos años, la esperanza de vida de esta enfermedad ha mejorado considerablemente, sigue siendo bastante baja.

Se considera la tercera enfermedad neurodegenerativa más frecuente, seguida del Alzheimer y el Parkinson.

INTRODUCCIÓN

La causa de esta esclerosis aún sigue siendo desconocida, a pesar de haber sido estudiados varios factores.

La incidencia de esta enfermedad es de 1 o 2 casos cada 100.000 habitantes al año y la prevalencia sobre 4-6 casos cada 100.000 habitantes al año.

A pesar de que es más frecuente en hombres que en mujeres, la proporción tiende a igualarse en las últimas décadas de la vida.

La edad de inicio de la enfermedad es variable dependiendo del tipo de ELA, aunque la más frecuente de ellas aparece entre los 60 y 70 años.

SÍNTOMAS

Los síntomas de la esclerosis lateral son muy diversos y varían en función del enfermo y de las células nerviosas afectadas, los más frecuentes son:

- Afectación de la neurona superior:
  - Atrofia muscular leve
  - Debilidad muscular
  - Espasticidad o rigidez de los músculos

- Afectación de la neurona inferior:
  - Hipotoníaia
  - Contracciones musculares
  - Calambres

SÍNTOMAS

- Afectación bulbar:
  - Disfagia
  - Sialorrea
  - Disartria

DIAGNÓSTICO

No existe ninguna prueba específica para diagnosticar esta enfermedad, sino que los signos y síntomas característicos de ella y a la exclusión de otras patologías, son lo que lleva a su diagnóstico.

Debemos descargar otras patologías como anomalías en el cerebro o medula, trastornos sensitivos, visuales o esfinterianos, entre otros, para evitar un error en el diagnóstico.

También será necesaria la realización de un electromiograma para medir la conducción de la corriente nerviosa de las neuronas.

TRATAMIENTO

Actualmente, el diagnóstico de la esclerosis lateral es únicamente sintomático, aunque cada vez más se lleva a cabo investigaciones en fármacos que retrasan la evolución de esta enfermedad.

CUIDADOS ESPECIALES EN LA VIDA DIARIA DE L PACIENTE CON ELA

- Respiración: estos enfermos, suelen tener muchos problemas respiratorios, para evitar sentirse fatigado, se evitarán las comidas pesadas. Recalcaremos la importancia en la realización de ejercicios respiratorios para mejorar la capacidad pulmonar así como la eliminación de secreciones. En una etapa de enfermedad avanzada, podrá ser necesaria la utilización de medidas invasivas como la ventilación mecánica no invasiva como método de soporte ventilatorio o invasiva como la realización de una traqueostomía..
- Alimentación: el estado nutricional será muy importante para la salud de la persona y su calidad de vida. En casos avanzados de la enfermedad, se valorará la necesidad de nutrición enteral a través de una sonda nasogástrica o

CUIDADOS ESPECIALES EN LA VIDA DIARIA DE L PACIENTE CON ELA

Mediante una gastrostomía percutánea, cuando exista algún problema para la ingestión de los alimentos por la boca del paciente.

- Eliminación: estas personas pueden presentar estreñimiento como síntoma secundario de la enfermedad. Para ello el paciente tendrá que tomar las oportunas medidas dietéticas para evitarlo. También pueden ser frecuentes las incontinencias tanto fecales como urinarias.
- Aseo personal: deberemos mantener un buen estado de la piel a través de la higiene personal. Según evolucione la enfermedad, será necesaria la ayudar o realización del aseo mediante un cuidador.

CUIDADOS ESPECIALES EN LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE CON ELA

- Actividad y ejercicio: la actividad física del enfermo, deberá ser ajustada en todo momento en función de la etapa de la enfermedad. Se deberán realizar ejercicios para mantener la fuerza, la coordinación, el equilibrio o la deambulación, entre otros.
- Comunicación: estos enfermos pueden pasar desde la variación en su tono o intensidad como a la incapacidad para hablar, conocido como anartria.

BIBLIOGRAFÍA

- D.R. Kumar, F. Aslinia, S.H. Yale, J.J. Mazza. Jean-Martin Charcot: The father of neurology. Clin Med Res, 9 (2011), pp. 46-49
- P.M. Andersen, G.D. Borasio, R. Dengler, O. Hardiman, K. Kollewe, EFNS Task Force on Diagnosis, Management of Amyotrophic Lateral Sclerosis. EFNS task force on management of amyotrophic lateral sclerosis: Guidelines for diagnosing and clinical care of patients and relatives. Eur J Neurol, 12 (2005), pp. 921-938
- UKMND-LiCALS Study Group. Lithium in patients with amyotrophic lateral sclerosis (LiCALS): A phase 3 multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Neurol, 12 (2013), pp. 339-345

BIBLIOGRAFÍA

- B. Kalmar, S. Novoselov, A. Gray, M.E. Cheetham, B. Margulis, L. Greensmith. Late stage treatment with arimoclomol delays disease progression and prevents protein aggregation in the SOD1 mouse model of ALS. J Neurochem, 107 (2008), pp. 339-350
- R. Vashishta, S.A. Nguyen, D.R. White, M.B. Gillespie. Botulinum toxin for the treatment of sialorrhea: a meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg, 148 (2013), pp. 191-196

TEMA 174. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DEL BÍCEPS FEMORAL.

- **RODRIGO ÁLVAREZ GONZÁLEZ**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. VALORACIÓN DE LAS LESIONES MUSCULARES
3. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LAS LESIONES MUSCULARES
4. TRATAMIENTO DE LA LESIÓN MUSCULAR
5. LESIÓN DEL BÍCEPS FEMORAL
   5.1 MECANISMO DE LESIÓN
   5.2 LESIONES DEL BÍCEPS FEMORAL EN LA MITAD DISTAL Y LATERAL
   5.3 RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE TRATAMIENTO
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La lesión muscular representa entre el 30 y el 60% de todas las lesiones deportivas. El origen de la lesión muscular está relacionado con diversos mecanismos, como la sobrecarga, el mecanismo directo (contusiones) o el mecanismo indirecto (hiperestiramientos). La alteración del estado de equilibrio muscular y de la coordinación, la fatigabilidad muscular y el grado de elasticidad son factores predisponentes a posibles lesiones.

Dentro de las lesiones musculares, la rotura muscular de los isquiotibiales (semitendinoso, semimembranoso y bíceps femoral) representa la lesión muscular más frecuente, y dentro de esa musculatura isquiosural la zona más afectada, debido a su compleja anatomía e inervación, es el bíceps femoral.

2. VALORACIÓN DE LAS LESIONES MUSCULARES

El conocimiento clínico es imprescindible para valorar la lesión muscular y poder aportar un diagnóstico fiable. La anamnesis (cómo se produjo la lesión, momento de aparición del dolor, evolución del proceso), la inspección y la palpación (la palpación de una depresión en el relieve muscular hace pensar en una lesión muscular grave) nos aportan un diagnóstico inicial de la lesión que ha de confirmarse con la movilización pasiva de la zona lesionada primero y la movilización activa después (activa, contra resistencia).

Esta evaluación clínica ofrece también un pronóstico, clasificando esta lesiones en lesiones de primer grado (leves), segundo grado (menos graves) y tercer grado (graves). Para confirmar el diagnóstico podemos apoyarnos en la ecografía o la resonancia magnética.

3. DIAGNÓSTICO POR IMAGEN DE LAS LESIONES MUSCULARES

La resonancia magnética y la ecografía son las técnicas de elección para mostrar la localización y extensión exacta de la lesión. Esta información resultará de gran utilidad para poder valorar el pronóstico de la lesión y el tiempo de reposo adecuado, y también nos permitirá evaluar la evolución de la lesión y la resolución de la misma.

La ecografía puede ser la primera técnica que debe utilizarse en la exploración. Tiene la ventaja de ser dinámica y permitir el intervencionismo (punción evacuadora e infiltraciones). No obstante, hay que tener en cuenta que roturas de grado 1, sobrecargas o agujetas pueden pasar inadvertidas en una ecografía.

La resonancia está indiscutiblemente indicada en algunos casos, como por ejemplo en pacientes que puedan requerir cirugía (por ejemplo en casos de posibles avulsiones), roturas con mala evolución o presentación como una masa. Es una técnica más sensible a la hora de detectar edema y permite mayor campo de visión.

No obstante, debemos valorar la ecografía y la resonancia magnética como técnicas complementarias y no excluyentes. Cada una tienes sus ventajas e indicaciones, y las 2 son herramientas extra que, junto con el diagnóstico clínico y la exploración física deben encaminarnos hacia un diagnóstico y un pronóstico de la lesión muscular.

Es importante diagnosticar la lesión pero pronosticar al lesionado, ya que no todos los pacientes se van a recuperar por igual, ni tampoco sus aspiraciones serán las mismas.

4.TRATAMIENTO DE LA LESIÓN MUSCULAR

El proceso de recuperación tras una lesión muscular debe seguir unos criterios que vendrán determinados por la biología de la recuperación muscular, y la actuación tanto médica como fisioterápica debe ceñirse y adaptarse a estos criterios.

Se aconseja respetar la fase inflamatoria de la lesión, y por lo tanto, un reposo relativo de entre 1 y 3 días en función de la gravedad y la localización de la lesión. En esa fase aguda, por lo tanto seguiremos el principio RICE (descanso, hielo, compresión y elevación) con la finalidad de reducir la formación del hematoma y favorecer la regeneración lo antes posible. No incluimos ningún tipo de ejercicio en esta fase. Reposo, descanso y que la biología siga su curso.

A partir de ahí, durante la fase de regeneración, la movilización activa temprana se convierte en la base del tratamiento de estas lesiones para conseguir que el tejido muscular vuelva a adaptarse a las solicitaciones propias del deporte.

El objetivo será el trabajo de fuerza, movilidad, flexibilidad, trabajo de gimnasio–readaptación, trabajo de campo y trabajo de grupo si participa en un deporte colectivo

En ciertas lesiones musculares, debido a la proximidad con tejidos neurales será interesante incluir ejercicios neurodinámicos, caracterizados por deslizar las estructuras neurales por encima de las superficies de contacto mediante movimientos corporales. Otras técnicas como electroterapia, hidrocinesiterapia, masaje…pueden ser incluidas también en el planning de tratamiento.

En esa fase regenerativa de la que hablábamos trabajaremos diferentes capacidades: funcionales, condicionales, cognitivas, coordinativas…

Resulta muy importante intentar adaptar la cicatriz a la funcionalidad del músculo lesionado. Si dejamos al paciente totalmente pasivo nos va a hacer una cicatriz fibrótica y poco funcional. Así pues debemos ser precoces en la movilidad e intentar adaptar ese músculo y esa cicatriz a las distintas exigencias y situaciones que se va a encontrar, siempre eso sí, respetando el dolor del paciente.

5. LESIÓN DEL BÍCEPS FEMORAL

Como hemos dicho, la musculatura isquiosural es la más afectada por lesiones deportivas, por su anatomía y porque participa en diversos gestos deportivos de manera excéntrica. El conocimiento del mecanismo de lesión, así como su localización son imprescindibles para un correcto tratamiento.

Los isquiosurales están formados por el bíceps femoral (con 2 cabezas, una larga y otra corta), el semitendinoso y el semimembranoso. Se originan en la tuberosidad isquiática, y en el caso del **bíceps femoral**, que baja lateral por la parte posterior del muslo, va a tener una inserción distal en la cabeza del peroné. El nervio ciático cruza por delante del bíceps femoral. Al tener sus 2 porciones una inervación distinta es más frecuente una alteración en la sincronización en la contracción muscular, y es más posible la lesión.

5.1 MECANISMO DE LESIÓN

Habitualmente el mecanismo lesional acontece en una situación de cadera en flexión y rodilla en extensión. Fundamentalmente distinguimos 2 mecanismos lesionales: la contracción excéntrica dinámica, por ejemplo en situaciones de carrera mantenida o cambios de ritmo (afectándose sobre todo la cabeza larga del bíceps femoral y el semitendinoso) y el mecanismo de hiperestiramiento, que acontece en actividades que implican estiramientos mantenidos o en situaciones accidentales como un chut al aire.

5.2 LESIONES DEL BÍCEPS FEMORAL EN LA MITAD DISTAL Y LATERAL

Nos centraremos en las lesiones del bíceps femoral en su mitad distal y lateral, una vez que los isquiosurales se han dividido y el bíceps se dirige lateralmente hacia la cabeza del peroné.

Se trata de lesiones de alta velocidad, y el diagnóstico debe ser inicialmente clínico, pudiendo apoyarnos en la ecografía o la resonancia magnética. Puede estar afectada una de las 2 cabezas, o las 2, variando el pronóstico. Para el estudio de la cabeza corta del bíceps femoral es recomendable el uso de la resonancia magnética, ya que esta no se visualiza bien en la ecografía.

Distinguimos:

- **Lesión de la cabeza larga del bíceps**: la vuelta a la competición nunca será antes de las 3 semanas, y es aconsejable alargar este tiempo en casos de molestias persistentes.
- **Lesión de la cabeza corta del bíceps**: se trata de una lesión rara, solo visible con resonancia magnética.

- **Lesión en cremallera**: están afectadas las 2 cabezas del bíceps femoral. Como hemos dicho con anterioridad, ambas cabezas tienen una inervación diferente, y quizás debido a ello estas lesiones presentan una alta tasa de recidivas. Su tratamiento está encaminado a la estabilización de la cicatriz primero y a la realización de estiramientos activos muy analíticos en la zona: en rotación neutra o interna para la cabeza corta y en rotación externa máxima para la cabeza larga. La vuelta a la competición se alarga, por lo menos, 5 semanas.

5.3 RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS DE TRATAMIENTO

La progresión del tratamiento se realizará respetando el dolor del paciente. Por ello, en las fases iniciales realizaremos pruebas específicas de valoración del músculo (dolor, movilidad pasiva, activa, contracción y palpación) para tratar de determinar el estado de la lesión, la evolución y la progresión del tratamiento.

La **articulación sacroilíaca** también cobra importancia, y debe ser revisada en busca de posibles desequilibrios que puedan alterar la biomecánica del músculo y provocar excesos de tensión en el mismo. Dichos equilibrios pueden corregirse con técnicas manuales, osteopáticas o musculares, directas o indirectas. Resulta también importante asegurar un correcto funcionamiento del **CORE**, como epicentro de control de numerosos movimientos deportivos y una elastificación del **psoas** y el **cuádriceps** (músculo antagonista).

Muy importante también es incluir trabajo de fuerza del **glúteo mayor** (ya que una fatiga de este implica una sobresolicitación de los isquiosurales) y del **glúteo medio** por su papel en la estabilización de la pelvis y el miembro inferior.
En fases más avanzadas incluiremos también ejercicios de **técnica de carrera** y readaptación del gesto deportivo.

Si existe implicación del nervio ciático serán de gran utilidad las **técnicas neurodinámicas**. La terapia manual incluye pues:

- Reequilibrio pélvico.
- Movilización neural, en lesiones con proximidad del nervio ciático.
- Movilización de la masa muscular isquiosural con el fin de evitar adherencias con el nervio ciático.

6.BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Balius; Pedret; “Lesiones Musculares en el Deporte”; Ed Panamericana, 2013.
- **Artículos de revistas**:
  - http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1888-75462013000100007
  - https://www.jospt.org/doi/abs/10.2519/jospt.1991.13.4.184
- **Página web:**
  - https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/premium-madrid/rotura-de-musculos-isquiosurales-isquiotibiales-y-biceps-femoral/
- **Bases de datos:**
  - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536969/
  - https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29150270

TEMA 175. ESTUDIO CON DEFECOGRAFÍA DE LA INCONTINENCIA FECAL EN EL ANCIANO.

- LAURA DÍAZ RUBIA
- FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO

ÍNDICE

- OBJETIVOS.
- MATERIAL Y MÉTODOS.
- RESULTADOS.
- CONCLUSIONES.

OBJETIVOS

Estudiar al paciente geriátrico con incontinencia fecal y otros problemas defecatorios (prolapso, alteración del hábito), mediante la realización de defecografía y valorar los signos radiológicos que nos puedan acercar al diagnóstico correcto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan las historias clínicas de 10 pacientes mayores de 65 años, estudiados en consulta de digestivo por problemas con la defecación y a los que se les realizó una defecografía diagnóstica.

La técnica consiste en previo a la toma de imágenes, preparar al paciente, llenando la vejiga con contraste radio-opaco a través de una sonda vesical, colocar en el caso de las mujeres un tampón vaginal impregnado en contraste y por último administrar una papilla con bario a través de una sonda rectal para rellenar el recto. A continuación el paciente se coloca en posición sentado y a través de una máquina de rayos X se toman imágenes y vídeo mientras realiza el acto de la defecación.

Se realizó un estudio estadístico descriptivo básico utilizando medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Se analizaron 10 pacientes con edad media de 69 ± 4 años. El 90% fueron mujeres, todas ellas multíparas. Los motivos de realización de la prueba fueron la incontinencia fecal en 70%, en 20% alteración del hábito intestinal y en el 10% el prolapso rectal.

En cuanto a los hallazgos, en el 60% se observó rectocele anterior en distintos grados (II en 4 y grado III en 2 pacientes) acompañado de descenso del suelo pélvico, en 20% prolapso rectal durante la defecación y en el 20% restante (1 mujer y 1 hombre) incompleto vaciamiento de la ampolla rectal con restos tras la defecación.

En el 100% de las mujeres (9 pacientes) se encontró rectocele acompañando al resto de hallazgos.

CONCLUSIONES

- Los problemas defecatorios son una patología muy frecuente en pacientes de edad avanzada, sobre todo en las mujeres multíparas. Su diagnóstico y por tanto su tratamiento son a veces difíciles de realizar y su etiología es múltiple.

- La defecografía es una prueba sencilla y poco invasiva que nos da gran información sobre el proceso defecatorio al realizar un estudio dinámico del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Niccoló Faccioli, Alessio Comai, Paride Mainardi, Simone Perandini, Farah Moore, Roberto Pozzi-Mucelli. Defecography: a practical approach. Diagn Interv Radiol 2010; 16:209–216.

- Savoye-Collete C, Koning E y DacherJ. Radiologic evaluation of pelvic floor disorder. Gastroenterol Clin N Am 2008;37:553-567.

- Stoker J, Halligan S, Bartram C. State of the art, Pelvic floor imaging. Radiology 2001;218:621-641.

TEMA 176. DIFERENTES TIPOS DE OSTOMIAS.

- Mª MERCEDES GOÑI AGUIRRE
- MARTA GRAU SUAREZ- VARELA
- AINHOA SAN MIGUEL AGUIRRE

ÍNDICE

- Definición
- Tipos de ostomias
- Ostomias de ventilación
- Ostomias de nutrición
- Ostomias de eliminación
- Características físicas de una ostomía
- Complicaciones de una ostomía
- Bolsas o dispositivos
- Bibliografía

DEFINICIÓN

- Una **ostomía** es un procedimiento quirúrgico mediante el que se realiza una apertura o estoma desde un órgano hacia el exterior.
- Las ostomías pueden ser temporales o permanentes y presentar diferentes aspectos y localización.

TIPOS DE OSTOMIAS

- Clasificación de ostomias según su duración
- Clasificación de ostomias según el sistema u órgano implicado
- Clasificación de ostomias según su función:

I- Clasificación de ostomias según su duración:

- Temporales: tienen como fin evacuar residuos mientras se resuelve la causa que las originó, y, una vez solucionado el problema se restablece la unión.

- Permanentes: Cuando la reconstrucción del órgano no es posible, o cuando se tiene que extirpar el ano las ostomías son definitivas o permanentes.

II- Clasificación de ostomias según el sistema u órgano implicado:

1/Estomas traqueales

2/Estomas digestivos

3/Estomas urinarios

III- Clasificación de ostomias según su función:

- Ostomías de ventilación:
  - Traqueteostomía

- Ostomías de nutrición:
  - Gastrostomia
  - Yeyunostomia
  - Faringostomia
  - Esofagostomía

- Ostomías de eliminación:
  - Digestivos
    - Ileostomía
    - Colostomía
  - Urinarios:
    - Urostomía

Ostomías de ventilación:

- Traqueostomia:
  - Orificio abierto en la tráquea mediante un tubo o cánula para reestablecer la permeabilidad de la vía aérea.
  - Puede ser permanente o definitivo, dependiendo la causa que lleve a esta situacion.Puede ser por una obstrucción, edema o tumor. Generalmente, las definitivas son debidas a procesos tumorales.

Ostomías de nutrición

1- Gastrostomia:

- Se realiza una intervención quirúrgica (generalmente mediante endoscopio) en la cual se realiza una abertura en la pared gástrica y se comunica con la pared abdominal. Se introduce una sonda Foley habitualmente y se deja 2 semanas para después retirarla e introducirla solo cuando se produzca la alimentación.

- Se utiliza en problemas graves de deglución, cáncer de esófago y periodos largos de inconsciencia.

- Generalmente es permanente, aunque en el caso de periodos de inconsciencia larga cuando despierta el paciente se puede retirar, por lo que en ese caso sería temporal.

-También puede ser utilizada como drenaje para mantener el estómago vacío.

2- Otros estomas menos utilizados son la faringostomia, esofagostomia y yeyunostomia.

OSTOMIAS DE ELIMINACIÓN

1- OSTOMÍAS DIGESTIVAS:

A- Colostomia:

- Se realiza mediante un procedimiento quirúrgico en el cual se saca un extremo del intestino grueso a la pared abdominal, formando un ano artificial.
- Pueden ser temporales o definitivas, siendo estas últimas las más frecuentes.
- Pueden ser simples (con una abertura) o dobles (doble abertura, generalmente en paraplejias o colostomía total).
- Son causa de tratamiento de tumores de recto y tumores benignos que producen la obstrucción.

- Clasificación según su morfologia,destacamos los mas importantes :

  - Colostomía en asa: Se exterioriza un segmento móvil del colon y se mantiene en el exterior mediante una varilla.
  - Hartmann: Se exterioriza el colon proximal y se cierra y sutura el distal en la cavidad abdominal.
  - Colostomía doble: Se secciona el colon y sutura los dos extremos a la pared abdominal.
  - Devine: Se exteriorizan los dos extremos de forma individual, uno elimina las heces y el otro se denomina fistula mucosa.
  - Cecostomia: Colostomía en la que se extrae una parte del ciego.
  - Paul Mikunez: Se unen dos cabos del colon, tras resecar uno de ellos y extreiorizarlos.Tambien existe una fistula mucosa.

- Clasificación según la localización:

  - Cecostomia: Se extrae una parte del ciego.
  - Colostomía ascendente: En colon ascendente.
  - Colostomía transversa: En colon transverso.
  - Colostomía descendente: En colon descendente.
  - Colostomía sigmoide: En sigma

B- Ileostomia.

- Abertura desde el íleon a la pared abdominal, mediante una intervención quirúrgica.
- Se utiliza en los casos de colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn o carcinoma de intestino grueso.
- Puede ser permanente o temporal.
- En la ileostomía, el contenido fecal es de color amarillo, líquido y agresivo e irritante para la piel debido al alto contenido de origen gástrico.

2- Ostomias Urinarias

- Urostomia:
  - Abertura de la vía urinaria a la pared abdominal mediante intervención quirúgica.
  - Su función puede ser de eliminación o drenaje.
  - Pueden ser permanentes (las más frecuentes) o temporales.

Clasificacion en función de su localización anatómica:

1-Nefrostomia:

- Se utiliza cuando existe un problema que dificulta el recorrido fisiológico de la orina produciendo una hidronefrosis que compromete la función renal.

- Es una solución como derivación, tanto en situaciones de urgencia como cuando se desee un drenaje temporal del tracto urinario superior previo a una solución definitiva.

-Se realiza una abertura desde la piel hasta la pelvis renal para drenar orina del riñón a una bolsa externa.

- También se puede utilizar como técnica endoscópica, vía de administración de medicación o para extirpar cálculos renales

2- Ureterostomia.

- Es la abertura de los uréteres al exterior. Puede ser unilateral, bilateral, en cañón de escopeta o transureterostomia-ureterostomia en Y.

3- Vejiga ileal o Bricker.

- Es la resección de la vejiga urinaria y el desvió del curso de la orina hacia la piel directamente. Se realiza una desviación de los uréteres y se abocan en el intestino delgado, se crea un estoma.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE UNA OSTOMÍA:

- La coloración normal del estoma debe ser entre rojo y rosa.
- Tras la intervención quirúrgica es normal cierta inflamación del estoma, que se irá reduciendo espontáneamente durante el posoperatorio.

COMPLICACIONES DE UNA OSTOMÍA:

1- Necrosis: la mucosa del estoma presenta un color negruzco

2- Hemorragia: suele aparecer en las primeras horas del posoperatorio o también por el roce del aro del dispositivo.

3- Infección.

4 - Estenosis: las causas mas frecuentes son las infecciones y la incisión estrecha del orificio de la ostomía

5- Retracción: se produce cuando el intestino se desinserta de la piel y tiende a reintegrarse a la cavidad abdominal. Es más frecuente en la obesidad, la hiperpresión abdominal o tras una infección.

6- Prolapso: Es la complicaciones más frecuente.

Consiste en la protrusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo al abdomen a través del orificio de la ostomía .

Las causas pueden ser: un orificio demasiado ancho, la falta de fijación del colon o la hipertensión abdominal (tos, esfuerzo físico, etc.).

BOLSAS O DISPOSITIVOS:

- La bolsa es un dispositivo que permite recoger las heces y gases en las ostomías digestivas y la orina en las ostomías urinarias. Se coloca alrededor del estoma o abertura y es necesario llevarla siempre.

- Para ayudar a reducir la irritación de la piel, los dispositivos de las ostomías están hechos de material hipoalergénico y contienen filtros especiales que aseguran que no liberan olores desagradables.

1-Tipos de dispositivos:

- Dispositivos de una pieza:
  - la bolsa y el adhesivo van unidos, se pegan a la piel directamente y se cambian cada vez que se llenan.
  - la bolsa es cerrada en su parte inferior y no se puede vaciar.
- Dispositivos de dos piezas:
  - el adhesivo y la bolsa son elementos separados.
  - El adhesivo (disco) permanece en la piel durante varios días y es la bolsa la que se cambia (o se vacía) cuando se llena.
- Dispositivos cerrados o de un solo uso:
  - para heces formadas
  - de una sola pieza o de dos piezas.
- Dispositivos abiertos o de varios usos :
  - para heces pastosas o líquidas
  - de una sola pieza o de dos piezas.

2- La elección del dispositivo:

- A la hora de elegir el tipo de dispositivo, como norma general se debe de tener en cuenta:
  - El tamaño y forma del estoma
  - La consistencia de las heces
  - La frecuencia de los cambios de dispositivo que se precisen
  - La estructura del abdomen, lugar donde se sitúa el estoma y la zona que lo rodea
  - La habilidad y destreza para poder manejar el dispositivo

BIBLIOGRAFÍA:

- Cola Palao A. Recuerdo morfo fisiológico del sistema digestivo. En:De la Fuente Ramos M (coord.). Enfermería médico-quirúrgica. Vol.III. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 1480-95
- Martí Ragué J, Tejido Valentí M. Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento. Barcelona: Doyma; 1999
- Armendáriz-Rubio P, de Miguel Velasco M, Ortiz Hurtado H. Comparación de colostomías e ileostomías como estomas derivativos tras resección anterior baja. Cir Esp 2007; 81(3): 115-20.
- Martínez L (ed.). Ostomía. Manual de Patología Quirúrgica. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile (consultado 20-feb-2006).

- Escuelacantabradesalud.es [actualizado 29 sep 2015; citado 26 sep 2019]. Disponible en: https://www.escuelacantabradesalud.es/ostomias

TEMA 177. EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

- BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS
- SILVIA MEANA GÓMEZ
- ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS

ÍNDICE

1. ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO? SITUACIÓN ACTUAL
2. LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS
3. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL SISTEMA SANITARIO

1. ¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO? SITUACIÓN ACTUAL

La Asamblea General de Naciones Unidas define la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basada en género que da como resultado daño o sufrimiento tanto físico como sexual o mental de una mujer. Esta definición incluye las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad , tanto si se producen en público o en la vida privada. Esta violencia puede ser perpetrada por los agresores de ambos sexos, miembros de la familia e incluso el Estado en sí mismo.

Los gobiernos en todo el mundo y las organizaciones trabajan activamente para combatir la violencia contra la mujer a través de una variedad de programas.

El Principado de Asturias, a través de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el Servicio de Salud del Principado de Asturias han puesto en marcha diversas iniciativas para disminuir estos actos y para, una vez que se han producido, minimizar al máximo posible el daño sufrido por la mujer.

Los ciudadanos, y muy especialmente los profesionales de la salud, deben conocer los signos de sospecha de maltrato y la forma de actuar tanto ante la sospecha como ante la confirmación del maltrato.

La violencia contra la mujer se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país con una importantísima repercusión social y el profesional sanitario puede ser la única persona fuera de la familia a la que una mujer le pida ayuda; estos profesionales tienen una oportunidad única y la responsabilidad de intervenir.

2. LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Las necesidades específicas de estas mujeres son multidimensionales, por lo que se requieren intervenciones sanitarias que tengan en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para ello es necesaria la implicación activa de todo el personal de los servicios sanitarios desde un modelo de atención integral. El modelo de atención integral a la salud incorpora el concepto de interdisciplina, que procura fortalecer la coordinación, generando interrelación, reciprocidad y el reconocimiento de la riqueza de la diversidad para promover la calidad de la atención. La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema.

3. PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL SISTEMA SANITARIO

La OMS, en su informe “Violencia contra las mujeres” reconoce que es un tema de salud prioritario y da unas recomendaciones al personal de los servicios sanitarios:

a. No tener miedo a preguntar: La mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa.
b. Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
c. Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
d. Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo

e. Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
f. Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
g. Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
h. Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
i. Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
j. Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

BIBLIOGRAFÍA

Portal de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Asturias. 26 Abr 2017. AsturSalud. [consultado el 11 Sept 2019]. Disponible en: https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/violencia-de-gene-9

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género [Internet]. 2012. [consultado 11 Sept 2019]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf

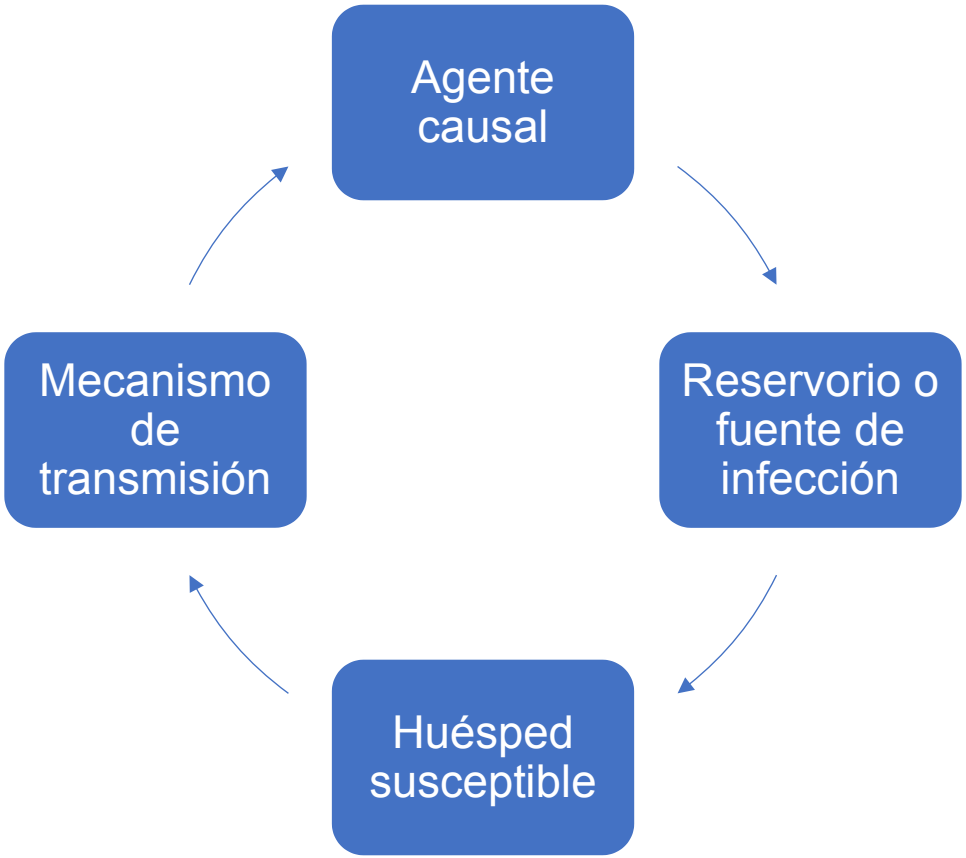
TEMA 178. EPIDEMIOLOGÍA: CADENA EPIDEMIOLÓGICA.

- **ANA MARÍA GRUESO CARRIO**

ÍNDICE

AGENTE CAUSAL
RESERVORIO O FUENTE DE INFECCIÓN
HUÉSPED SUSCEPTIBLE
MECANISMO DE TRANSMISIÓN

CADENA EPIDEMIOLÓGICA



AGENTE CAUSAL

Es el organismo causante de la infección y primer eslabón de la cadena. Puede ser cualquier organismo capaz de producir una enfermedad infecciosa, como una bacteria, un virus, un hongo o un parásito.

Las propiedades y efectos del agente causal son:

La dosis infectiva.

Transmisibilidad.

Infectividad.

Patogenidad.

Virulencia.

Inmunogenidad.

Dosis infectiva: es el número de microorganismos necesarios para producir una infección.

Algunos agentes precisan dosis muy pequeñas como los virus entéricos y otras dosis muy grandes como V Cholerae o salmonella Typhi.

En algunos procesos como las toxiinfecciones alimentarias existe una estrecha relación entre dosis infectiva y gravedad de la enfermedad.

Transmisibilidad: Es la capacidad del agente para propagarse de un huésped a otro causando enfermedad.

Depende de la infectividad, de la patogenicidad y de la frecuencia de contactos que el huésped infectivo mantenga con sujetos susceptibles

Poco transmisible: Neiseria menigitidis

Muy transmisible: Poliovirus

Infectividad: Capacidad del agente microbiano para invadir y multiplicarse.

Poco infectivos: Vibrio cholerae porque no invade y actúa a través de una toxina.

Muy infectivos: varicela, sarampión o poliovirus.

Patogenicidad: capacidad para producir enfermedad.

Depende no solo del agente sino también de las características del huésped.

Poco patógeno: la gripe.

Muy patógenos: el paludismo o el virus de la rabia.

Muy transmisible, muy infectivo y muy patogeno: el sarampión.

Muy transmisible, muy infectivo pero poco patógeno: la polio.

A veces, microorganismos que en circunstancias habituales no producen clínica, dadas determinadas condiciones del huésped la producen: son los llamados OPORTUNISTAS

Virulencia: capacidad para producir enfermedad grave. Es una propiedad del microorganismo pero modulada por la respuesta del huésped.

Muy virulenta: la rabia.

Virulento: la polio porque es poco patógena pero cuando produce clínica ésta es grave.

Muy virulento: tétanos, pero es poco infectivo

Inmunogenicidad: Capacidad del agente para inducir una respuesta inmunitaria específica y duradera en el huésped.

Hepatitis A o sarampión inducen inmunidad de por vida.

Gonococia no genera inmunidad por lo que hay reinfecciones.

RESERVORIO

Es la fuente de la enfermedad.

En el reservorio o fuente de infección se encuentra localizado el agente causal de la enfermedad y a partir de él se transmite. El hombre puede actuar como reservorio eliminando microorganismos por vía respiratoria, digestiva, urinaria, hemática o cutáneo-mucosa. Por cualquiera de estas vías puede transmitir la infección.

Una persona que padece una infección puede transmitirla, por cualquiera de las vías mencionadas anteriormente, durante todo el proceso de la enfermedad (incubación, fase clínica, convalecencia).

Es lógico y cualquiera puede entender que si una persona tiene síntomas de una enfermedad infecciosa, será capaz de transmitirla a los que estén a su alrededor.

Lo que es más difícil de comprender, y también de prevenir, es que una persona sana pueda transmitir una enfermedad infecciosa. Cuando esto ocurre hablemos de **portador sano,** es decir, una persona que sin estar enferma actúa como reservorio de microorganismos; éstos al ser eliminados por las vías ya mencionadas pueden contaminar e infectar a otra persona sana que sí manifestará los síntomas de la infección.

HUÉSPED SUSCEPTIBLE

Es la persona que puede infectarse.

El microorganismo penetra en el huésped a través de una puerta de entrada, que puede ser:

Respiratoria

Digestiva

Urinaria

Hemática o

Cutáneo-mucosa.

Las personas en edades extremas de la vida (niños y ancianos), los enfermos crónicos, los inmunosuprimidos o los portadores de sondas y/o catéteres, son más susceptibles o predispuestas.

MECANISMO DE TRANSMISIÓN

Es el medio por el cual el agente causal de la infección pasa desde el reservorio hasta el huésped susceptible.

El mecanismo de transmisión puede ser:

Transmisión directa: requiere de un contacto cercano entre el reservorio y el huésped.

Puede ser -contacto directo (besos, contacto sexual) o

-rociado de gotitas producidas por estornudos o tos que se depositan en una mucosa del huésped

Transmisión indirecta: a través de un vehículo, vector o el aire.

Transmisión por vehículo: a través de objetos inanimados (fómites) como la ropa de cama, instrumental, alimentos contaminados…

Transmisión por vector: generalmente un artrópodo que transporta el agente desde el reservorio hasta el huésped susceptible. El artrópodo puede actuar como simple transmisor o tener un papel más importante en la etiología de la enfermedad, permitiendo la multiplicación del agente en su interior.

Transmisión por aire: partículas de polvo o aerosoles que quedan suspendidos en el aire durante largo tiempo y pueden ser inhalados por el huésped.

BIBLIOGRAFÍA

Libros: Manual de epidemiología y salud pública: para licenciaturas y diplomaturas en ciencias de la salud.

Francisco Bolúmar, Montrull e Ildefonso Hernández-Aguad.

Manual de técnicas y procedimientos de enfermería. Hospital Severo Oxhoa. Ed.Interamericana, Mc Graw-Hill, 1990.

Revistas científicas: Revista Cubana sobre la Salud Pública ISSN 0864-3466 On- line 1561-3127

Medicina de Familia Semergen

TEMA 179. ACTUALIZACIÓN EN ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI): PAPEL DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN DIAGNÓSTICAS

- ANA MILENA MUÑOZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN E IMPORTANCIA SOCIOSANITARIA

2. ETIOLOGÍA

3. PAPEL DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN DIAGNÓSTICAS EN LA EPI

4. CONCLUSIONES

5. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN E IMPORTANCIA SOCIOSANITARIA

La EPI constituye una de las patologías ginecológicas más habituales en las mujeres sexualmente activas, es una infección severa, cuyo diagnóstico debería ser considerado en toda mujer en edad reproductiva con dolor pélvico.

Afecta a aproximadamente 1 millón de mujeres al año a nivel mundial y se considera la infección grave más frecuente en mujeres entre 16-25 años en los paises occidentales.

La enfermedad pélvica inflamatoria presenta un gran impacto sociosanitario y económico tanto por su frecuencia como por la severidad de sus potenciales secuelas que pueden conducir a un embarazo ectópico, infertilidad y dolor pélvico crónico.

Se presenta generalmente con síntomas inespecíficos y en un tercio de los casos las mujeres son asintomáticas, por lo que se requiere una alta sospecha clínica en este grupo de pacientes para un diagnóstico certero y un tratamiento lo más precoz posible para evitar las secuelas.

2. ETIOLOGÍA

Los agentes etiológicos son numerosos, destacando principalmente Neisseria Gonorrea, Chlamydia Trachomatis, Mycoplasma genitalium, bacterias gramnegativas y estimándose que en 30 a 40% de los casos la causa es polimicrobiana.

La tuberculosis y la actinomicosis ocurren con mucha menos frecuencia.

.

3. PAPEL DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN DIAGNÓSTICAS

La EPI es la infección del tracto genital superior en las mujeres, que puede dar lugar a endometritis, salpingitis, ooforitis, peritonitis, perihepatitis y / o absceso tubo-ovárico.

Debemos tenerla en cuenta como parte de la patología pélvica femenina urgente.

En condiciones normales es importante correlacionar la clínica y parámetros analíticos junto con los criterios diagnósticos para llegar a un diagnóstico temprano

El estudio de imagen de elección suele ser la ecografía transvaginal, sin embargo la tomografía computarizada es una de las primeras opciones diagnósticas disponibles debido a que la EPI cursa con síntomas inespecíficos y por su disponibilidad en estudios urgentes.

Además, la tomografía computarizada como prueba inicial puede determinar el origen y la extensión del proceso y permite evaluar rápidamente un amplio espectro de patologías simuladoras, como apendicitis, diverticulitis, la torsión anexial y la obstrucción intestinal.

En la evaluación por TC se prefiere la administración de contraste intravenoso ya que permite una mejor delineación del útero y las estructuras anexiales permitiendo también evaluar el grado de captación uterino, cervical y tubárica.

Los hallazgos generales en la TC con contraste intravenoso incluyen el engrosamiento de los ligamentos uterosacros, el engrosamiento o borramiento de planos en la grasa pélvica, la presencia de líquido libre en pelvis y las linfadenopatías reactivas.
Identificaremos el aumento de tamaño con pérdida del contorno uterino, el engrosamiento de las trompas de Falopio con realce de su pared y complicaciones como la formación de abscesos uterinos, tuboováricos y la extensión del proceso con peritonitis o el síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

La evaluación mediante pruebas de imagen ayuda al manejo terapeútico, identificando aquellas pacientes que requerirán hospitalización, drenaje de colecciones, cirugía o por el contrarío en etapas precoces que se beneficiarán de tratamiento médico ambulatorio.

4. CONCLUSIONES

La EPI es un problema médico prevalente que puede conducir a un riesgo elevado de infertilidad y morbimortalidad. Debido a las manifestaciones clínicas inespecíficas puede imitar otros procesos inflamatorios intraabdominales, de aquí la importancia de las pruebas de imagen diagnósticas para evitar un diagnóstico erróneo.

5. BIBLIOGRAFÍA

Revzin MV, Mathur M, Dave HB, et al. Pelvis inflammatory disease: Multimodality imaging approach with clinical-pathologic correlation. Radiographics. 2016; 36(5): 1579-96.

Curry A, Willian T, Penny ML. Pelvic inflammatory disease: Diagnosis, management, and prevention. Am Fam Physician. 2019; 100 (6); 357-364.

TEMA 180. FISIOPATOLOGÍA DE LA DIABETES MELLITUS, LA PANDEMIA DEL PRIMER MUNDO.

- JUAN JOSE RAMOS RODRÍGUEZ

ÍNDICE

1. Historia de la diabetes mellitus
2. Características demográficas de la diabetes mellitus
3. Descripción y clasificación de la Diabetes Mellitus
4. Diabetes Mellitus tipo 2
   4.1. Factores de riesgo de la Diabetes mellitus tipo 2
   4.2. Fisiopatología de la Diabetes mellitus tipo 2
   4.3. Complicaciones asociadas a la Diabetes mellitus tipo 2
5. Fisiopatología de Diabetes Mellitus tipo 1

1. Historia de la diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una patología conocida por el hombre desde hace muchos años, incluso milenios. El papiro de Ebers es el primer documento que registra la presencia de esta enfermedad, data del siglo XV a.c. y fue hallado en Egipto en 1862. Con posterioridad a este tratado, se han encontrados escritos de Areteto del siglo II d.c en el que se detallaban las consecuencias que la diabetes originaba en aquellos que la padecían. De esta forma la DM era descrita como una patología en la que se presenciaba poliuria era una característica común en los enfermos que la padecían. No obstante, la descripción más detallada de la DM no se produjo hasta 1679 por Tomas Willis, el cual asignó el segundo nombre a la enfermedad “Mellitus” que significa sabor a miel, debido al sabor dulce que presentaba la orina de los pacientes diabéticos.

A principios del siglo XIX, un clínico francés llamado Bouchardat relacionó la enfermedad de DM con la obesidad y la vida sedentaria. Poco tiempo después, en 1869, Paul Langerhans describió con gran exactitud la histología del páncreas. De hecho, los islotes pancreáticos de células-β pancreáticas son conocidos por su nombre: islotes de Langerhans. Además, este autor en sus tratados sostenía la teoría de que el control glucémico debía estar regulado por sustancias producidas por estas células.

Unos años después, Von Mering y Minkowski observaron que la extirpación del páncreas en animales desencadenaba el desarrollo de DM. Hasta esa fecha todos los estudios indicaban que el páncreas mediante algunas sustancias que era capaz de producir conseguía controlar los niveles glucosa en sangre. Pero esta sustancia, no fue identificada hasta 1921 por Frederick Grant Banting y John James Richard Macleod, los cuales la denominaron insulina. Ellos demostraron que esta sustancia era producida por las células-β pancreáticas que se hallaban en los islotes de Langerhans. Los estudios de estos dos autores fueron más allá, y demostraron el efecto hipoglucemiante de esta hormona, así como su utilidad en el tratamiento de la DM mediante su administración exógena (1). Estos hallazgos les llevaron a tener el reconocimiento de la comunidad científica y así recibir el premio Nobel de Medicina de 1923.

En 1936, Harol Himswoth, diferenció entre dos tipos de DM. A la primera la denomino DM tipo 1 o DM insulinodependiente, la cual se caracterizaba por ser más agresiva, afectar principalmente a personas muy jóvenes y por presentar una ausencia de insulina. Al otro tipo de DM que diferenció la llamó DM tipo 2. Esta segunda subclase parecía estar relacionada con personas obesas adultas que presentaban elevados niveles de insulina (resistencia insulínica) (2). Además, la DM tipo 2 era mucho más frecuente y prácticamente todos los escritos sobre DM hacían referencia a este subtipo de DM. La primera definición detallada de la etiología de la DM tipo 1 no se produjo hasta 1957 de la mano de Witebsky (3).

Hasta 1982 el trabamiento de la DM se basaba en suministrar a los enfermos extractos pancreáticos de cerdo que generaban grandes complicaciones a nivel inmunológico (4). A partir de esta fecha se comercializó la insulina recombinante humana, que a día de hoy sigue siendo la principal alternativa terapéutica para DM tipo 1 y casos más avanzados de DM tipo 2 (5).

2. Características demográficas de la diabetes mellitus

La DM es la patología que más rápidamente se ha extendido por toda la población a lo largo de la historia humana, algunos autores afirman que se trata de la peor pandemia humana que se ha conocido (6). Actualmente se ha convertido en la enfermedad más prevalente de los países industrializados. La federación internacional de la Diabetes (IDF) y la organización mundial de la salud estimaron en 425 millones de afectados en todo el mundo en 2017. Además, documentaron que la DM es la responsable de 5 millones de muertes cada año (7). Las estimaciones de ambas organizaciones indican que 1 de cada 11 adultos sufre DM.

Actualmente la DM sigue incrementado su prevalencia cada año, en los últimos 20 años el número de millones de afectados en todo el mundo se ha duplicado, y para 2045 se espera que esta cifra aumente en unos 204 millones de afectados, llegando a 629 millones de personas diabéticas en todo el mundo (véase figura 1).

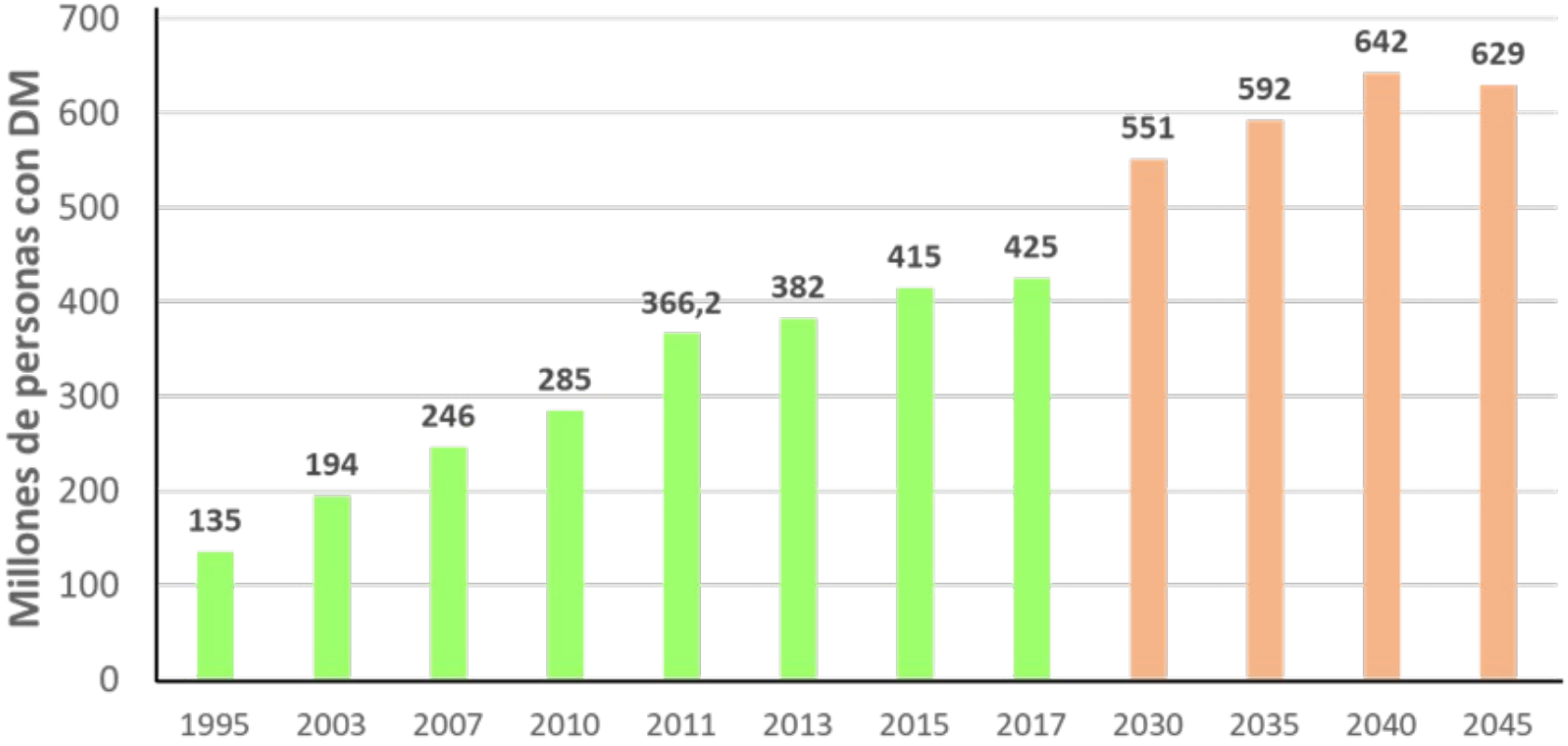


Figura 1. *Número de millones de personas afectados por diabetes entre 1995 y 2017, y estimación de millones de afectados por DM para 2030, 2035, 2040 y 2045. Datos obtenidos de las 8 ediciones del IDF Atlas Diabetes.*

El asombroso crecimiento del número de afectados por DM se atribuye principalmente al estilo de vida occidental, en el que predomina una vida sedentaria y una mala sobrealimentación. Estos factores inciden directamente sobre el aumento de obesidad en nuestra sociedad. Estas circunstancias generan un nicho propicio para el desarrollo de la DM tipo 2 (8).

La DM es considerada un problema sanitario de primer orden en todos los países, debido a su alta prevalencia, costes económicos y número de muertes prematuras que ocasiona cada año (6, 9). Su tratamiento y prevención supone un gran gasto sanitaria para los países desarrollados, el cual se estima que supone entre el 5-20% de todo el presupuesto sanitario. Se calcula que el gasto anual a nivel global en el tratamiento de la DM es de unos 700 billones de dólares, y se prevé que esta cifra se eleve un 19% en los próximos 25 años (7). Sólo en España, el coste anual sanitario de un paciente diabético es de 758-4348 euros (10). Además, el número de pacientes diabéticos que requieren ser hospitalizados se ha duplicado en los últimos años, y se estima que 1 de cada 4 pacientes ingresados en hospitales padecen DM (6).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud, ha declarado que la DM es la 5º causa más frecuente de muerte en el mundo (11). Las estimaciones prevén que este dato empeore en los próximos años, ya que la prevalencia de la DM es mayor en la población de mayor edad y dado que la esperanza de vida se está incrementando en los países desarrollados, también se prevé que aumente la incidencia de la DM (12).

3. Descripción y clasificación de la Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es un complejo síndrome que incluye varias enfermedades que tienen como factor común la hiperglicemia. Los altos niveles de glucosa pueden resultar ser la consecuencia de una incapacidad del organismo para producir insulina o para usar esta molécula de forma eficiente, incluso se pueden combinar ambas circunstancias a la vez (13). La insulina es una pequeña hormona producida en los islotes pancreáticos de Langerhans y resulta de esencial relevancia en el control de los niveles de glucemia.

En los islotes de Langerhans, además de las células β pancreáticas productoras de insulina con efecto hipoglucemiante, también podemos encontrar células α. Las células α son las encargadas de producir glucagón, que es una hormona antagónica en sus funciones a la insulina y que promueve la elevación de los niveles de glucosa en sangre (14). La correcta producción y secreción de insulina y glucagón resultan de vital importancia para mantener la homeostasis glucémica a corto y largo plazo (15). Otros factores comunes a todas las formas de diabetes y que se generan como consecuencia de una hiperglicemia mantenida en el tiempo son: poliuria, polidipsia, pérdida de peso, en ocasiones polifagia, retraso en el crecimiento y una mayor susceptibilidad a las infecciones.

Altos niveles de glucosa mantenidos en el tiempo pueden propiciar la aparición de cuerpos cetónicos y acidificación del pH sanguíneo o el síndrome de cetoacidosis (16). La cetoacidosis es una complicación grave de la DM que ha de ser tratada rápidamente.

A grandes rasgos se diferencian tres tipos de enfermedad diabética, aunque muchos pacientes no encajan fácilmente en uno de ellos (7). Las formas más comunes de DM son: DM tipo 1, DM tipo 2 y Diabetes Gestacional. La DM tipo 2 es la forma más prevalente de diabetes y es la forma que más ha extendido su incidencia en todo el mundo en los últimos años.

-DM tipo 2: es la responsable aproximadamente del 90% de todos los casos de diabetes (17, 18). Esta patología se origina como consecuencia de una resistencia insulínica periférica combinada con una incapacidad para producir suficiente cantidad de insulina. Su debut comienza en la mayoría de los casos en personas de entre 40-60 años (9).

-DM tipo 1: se le atribuyen entre el 5-10% de todos los casos (19). La DM tipo 1 es una patología autoinmune en la que el sistema inmunitario del propio paciente ataca y elimina las células β-pancreáticas encargadas de producir insulina. Esta destrucción llega a ser del 99-100% (20), provocando la incapacidad de producir insulina y controlar los niveles de glucosa. Al contrario que en la DM tipo 2, la DM tipo 1 suele debutar a edades tempranas, siendo muy frecuente en niños y adolescentes.

-Diabetes Gestacional: afecta aproximadamente al 7% de las mujeres embarazadas (21). Es producida por una intolerancia a la glucosa durante el embarazo (22). Su diagnóstico suele producirse durante el segundo o tercer trimestre de la gestación. Normalmente se resuelve y desaparece después del parto. Padecer diabetes gestacional es un factor de riesgo para padecer posteriormente DM tipo 2 (23). De hecho, algunos autores sostienen que la diabetes gestacional es una forma de DM tipo 2, y que su padecimiento durante el embarazo es un augurio de su posterior implantación.

Aunque cada tipo de diabetes tiene diferentes características histopatológicas, en todos los tipos de diabetes aparece una producción de insulina deficiente por parte de las células β-pancreáticas que impide el correcto control de los niveles de glucosa.

4. Diabetes Mellitus tipo 2
4.1. Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo 2

De acuerdo con la definición del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España (Septiembre 2019), la DM tipo 2 se caracteriza por *"un aumento de la cantidad de glucosa en la sangre y por la aparición de complicaciones microvasculares y cardiovasculares que incrementan sustancialmente los daños en otros órganos y la mortalidad asociada con la enfermedad y reduce la calidad de vida de las personas afectadas*".

La DM tipo 2 normalmente debuta en personas mayores de 40 años. El sobrepeso y la obesidad son los principales factores de riesgo de la DM tipo 2. La creciente prevalencia de obesidad en personas jóvenes esta incrementado al mismo ritmo la prevalencia de la DM tipo 2 en esta población (24-26). En este sentido, la obesidad está íntimamente relacionado con el desarrollo de la resistencia insulínica (27), siendo esta una de las características clave de la DM tipo 2 (28). La resistencia insulínica de los tejidos hace que la insulina sea ineficiente en su función, lo que provoca que gradualmente se vayan requiriendo mayores cantidades de esta hormona para conseguir controlar los niveles de glucosa.

Por otro lado, se ha observado que una vida sedentaria incrementa el riesgo de padecer DM tipo 2, mientras que una actividad física moderada reduce notablemente el riesgo de desarrollarla. Asimismo, tener una vida activa físicamente mejora el control de la DM tipo 2 al mismo tiempo que reduce la resistencia insulínica en personas con sobrepeso u obesidad (29, 30). Además, del sobrepeso y obesidad, se han descrito otros factores ambientales que prodrian estar jungando un papel crucial en el establecimiento del a DM tipo 2 (31).

Otro factor que propicia el desarrollo de DM tipo 2 es la herencia genética, en esta línea se han descrito una gran cantidad de genes que predisponen a su padecimiento (32), aunque no garantizan su padecimiento. En los últimos años, más de 40 locis han sido identificados como factores de riesgo para padecer la DM tipo 2 (32-36). Algunos de esos genes son conocidos por estar implicados en el desarrollo de formas monogénicas de DM tipo 2. Sin embargo, la mayoría de estos locis contienen genes que no han mostrado tener relación con el desarrollo de DM tipo 2. En este sentido, tenemos que decir que la DM tipo 2 es una enfermedad multifactorial en la mayoría de los casos, la cual depende de factores genéticos y ambientales que interaccionan entre sí para favorecer su implantación, sin llegar a ser ninguno de ellos determinantes por si solos.

4.2. Fisiopatología de la Diabetes mellitus tipo 2

Entre los distintos acontecimientos que ocurren durante la implantación de la DM tipo 2, adquiere una especial relevancia el desarrollo de la resistencia insulínica. Éste parece ser el primer paso de esta patología metabólica. A esta fase se la conoce como fase hiperinsulinica compensatoria o prediabetes (véase figura 2). Debido a la resistencia insulínica, el páncreas se ve obligado a producir progresivamente mayores cantidades de insulina para conseguir controlar los niveles de glucosa. Esta sobreproducción de insulina es capaz de controlar los niveles de glucosa durante los primeros estadios de la enfermedad. La prediabetes o fase hiperinsulinica compensatoria puede prolongarse incluso hasta 10 años (37).

Durante este periodo, la sobreproducción de insulina va dañando a las células β-pancreáticas, provocando con el tiempo el agotamiento y muerte de las propias células. En la DM tipo 2 la muerte de células β-pancreáticas totales puede alcanzar el 65% (38). Esta drástica eliminación de células productoras de insulina, conlleva inevitablemente a un descenso de los niveles de esta hormona, que rápidamente se desvela clínicamente con la elevación de los niveles de glucosa y con el establecimiento de la patología diabética.

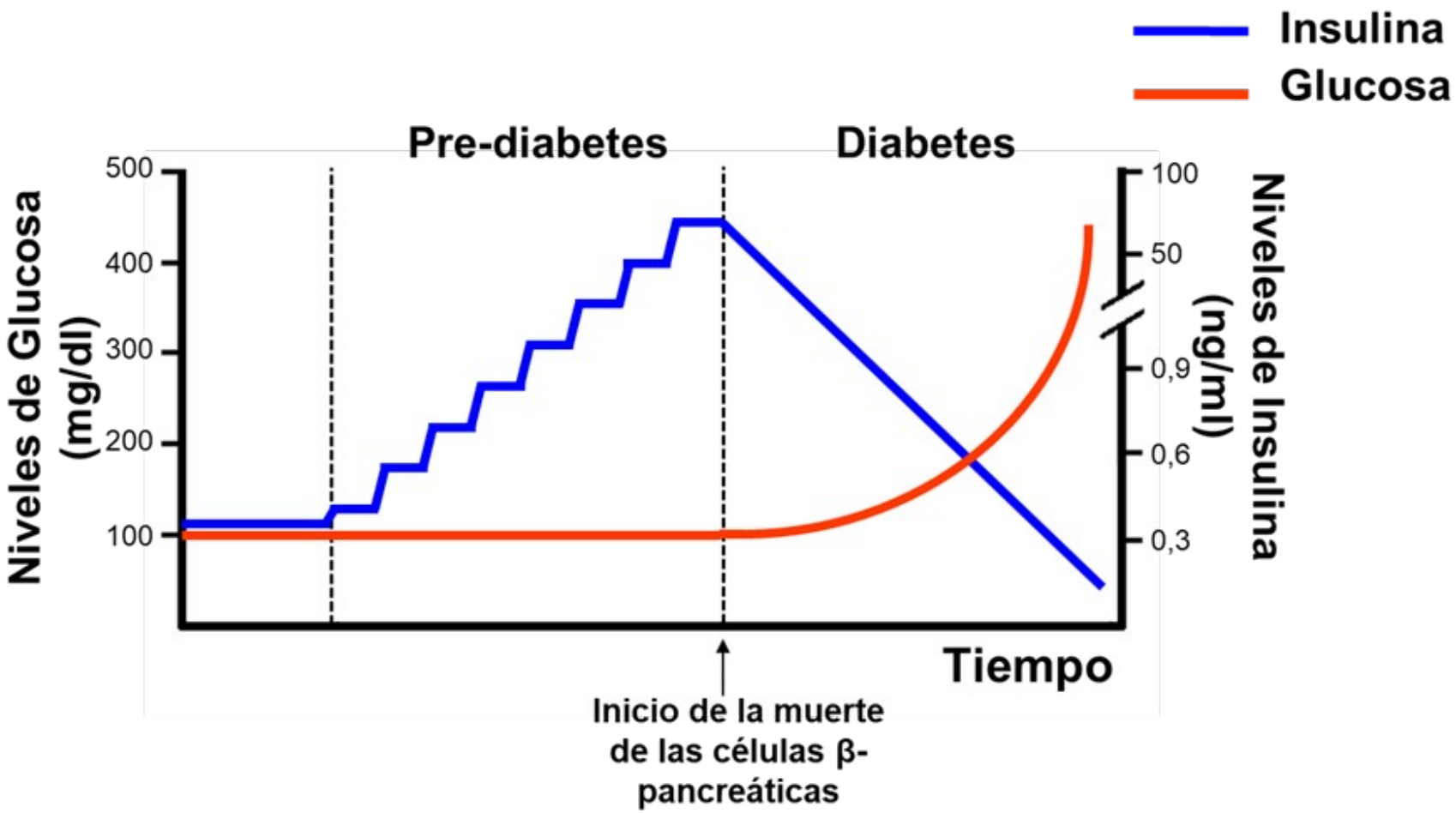


***Figura 2**. Evolución de los niveles de insulina y glucosa durante el desarrollo de la DM tipo 2.*

Cabe destacar que la fase de prediabetes es reversible, un cambio de dieta o un incremento de la actividad física pueden revertir esta fase a una situación control (39). Incluso farmacológicamente es posible disminuir la resistencia insulínica y disminuir la hiperinsulinemia de esta fase, mediante la administración de sensibilizadores de insulina como la metformina (40). Sin embargo, una vez establecida la DM tipo 2 no es posible regresar al a situación control inicial, dado que la muerte de células β pancreáticas no puede restaurarse en adultos. La diferenciación de células β pancréaticas después del primer año de vida es muy reducida en humanos (41, 42).

4.3 Complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus tipo 2

La DM tipo 2 y la hiperinsulinemia se asocian a una gran variedad de patologías, entre las que encontramos más frecuentemente: Obesidad, hipertensión, dislipidemia, gota, incremento de pequeñas isquemias, defectos en la fibrinólisis e incluso aterosclerosis (43, 44).

Si la DM tipo 2 no es controlada farmacológicamente de forma efectiva y se permite su evolución, puede llegar a producir afecciones mucho más graves, como: 1-desarrollo progresivo de complicaciones específicas de retinopatía con ceguera potencial (45), 2-Nefropatia que puede llegar a producir un fallo renal (Lewis and Maxwell 2014), 3-Riesgo de creación de ulceras e infección de las mismas, lo que puede llegar a la amputación de extremidades (46), 4-neuroartropatía de Charcot (47), 5-disfunción sistémica, incluyendo disfunción sexual (48), 6-daño vascular y como consecuencia enfermedades cerebrovasculares (49) y 7- daño neuronal pudiendo potenciar o acelerar el desarrollo de patologías cerebrales como la demencia vascular o Enfermedad de Alzheimer (50). Todos estos factores de riesgo han sido estudiados ampliamente clínica y epidemiológicamente (43, 51, 52) así como en ciencia básica (44, 53, 54).

Todos estos factores, incrementan sustancialmente el daño producido al conjunto de órganos, y este daño tiene un efecto acumulativo en el tiempo, asociándose a una mayor mortalidad y a una peor calidad de vida. Como consecuencia de todas estas complicaciones, los países se ven obligados a invertir enormes cantidades de recursos en el tratamiento y de estos pacientes (55, 56). Quizás en este punto debiéramos tomar conciencia de la magnitud de este problema y el mejor punto de partida que podemos considerar es la prevención de la DM y no su tratamiento.

5. Fisiopatología de Diabetes Mellitus tipo 1

La DM tipo 1 es una enfermedad crónica de origen autoinmune, que se caracteriza por un ataque por parte del sistema inmunitario a antígenos del propio individuo. En el caso del a DM tipo 1 estos antígenos se encuentran en las células β-pancreáticas, de forma que se produce una muerte prácticamente total de todas estas células a manos de nuestro propio sistema inmunológico (57). Esta subclase de DM es denominada insulino dependiente o diabetes juvenil, ya que su inicio en la mayor parte de los casos ocurre en estadios juveniles y dado que su único tratamiento efectivo es la administración exógena de insulina.

En regiones desarrolladas como Norteamérica o Europa, la DM tipo 1 es la responsable de entre el 5-10% de todos los casos de DM (58), llegando a ser la segunda causa más común de diabetes. Sin embargo, la DM tipo 1 ha sido y sigue siendo la causa más común de diabetes en niños y adolescentes (59, 60) . Su incidencia crece anualmente entre un 3-5% (61) y se estima que el número de afectados se habrá duplicado en el año 2030 (62).

.

Aunque el origen de la DM tipo 1 no está suficientemente claro, si se sabe que tiene un fuerte componente genético muy relacionado con alteraciones en el complejo mayor de histocompatibilidad leucocitario. La secuencia genética de este complejo se encuentra en el cromosoma 6 humano. Además de alteraciones en el complejo mayor de histocampatibilidad, se han descrito otros genes que podrían estar participando de alguna forma en el debut de esta enfermedad (63, 64). Aunque son muchos los genes que se han relacionado con una mayor susceptibilidad de desarrollar DM tipo 1, ninguno de ellos garantiza que el padecimiento o debut de esta enfermedad.

En la DM tipo 1, el 90% de las células β-pancreáticas son destruidas por parte del sistema inmune (65), esta situación produce una insuficiencia parcial o total de insulina. La falta de insulina es la promotora del debut de la DM tipo 1. Con el tiempo, esta situación lleva a desarrollar una descompensación metabólica denominada cetoacidosis. La cetoacidosis comienza con una incapacidad de utilizar la glucosa como combustible energético, dada la ausencia de insulina. En este momento, el hígado actúa produciendo cuerpos cetónicos, a esta circunstancia hay que añadir que la ausencia de insulina promueve la liberación de ácidos grasos al torrente sanguíneo por parte de los adipocitos (lipolisis). Ambos procesos, sobre todo el acúmulo de cuerpos cetónicos, producen una disminución en el pH de la sangre, y si esa situación no se trata rápidamente puede producir consecuencias letales (66).

La pérdida casi total de células β-pancreáticas en el desarrollo de la DM tipo 1 hace pensar que su sustitución por células sanas o su regeneración podría suponer la cura del a enfermedad (20, 67). De hecho, se ha demostrado que la hiperglicemia tanto de la DM tipo 1 como de la DM tipo 2 puede ser revertida mediante un trasplante de páncreas completo (Robertson 2000) o de islotes de Langerhans (68). Lamentablemente, la cantidad de órganos disponibles para ser trasplantados no son suficientes como para considerar el trasplante de páncreas como una alternativa terapéutica para la DM. A ello debemos añadir que la población diabética no deja de incrementar su prevalencia, esperándose que esta se incremente aún más en los próximos 20 años.

En resumen, la DM necesita seguir siendo estudiada para encontrar otras alternativas que permitan su tratamiento y cura. Todavía hay muchas preguntas por resolver en cuanto a cómo se inicia y el desarrollo de esta compleja patología. Hasta la fecha, su prevención parece ser el tratamiento más efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Banting FG, Best CH, Collip JB, Campbell WR, Fletcher AA. Pancreatic Extracts in the Treatment of Diabetes Mellitus. Can Med Assoc J. 1922;12(3):141-6.
2. Himsworth HP. Management of Diabetes Mellitus. Br Med J. 1936;2(3941):137-41.
3. Witebsky E, Rose NR, Terplan K, Paine JR, Egan RW. Chronic thyroiditis and autoimmunization. J Am Med Assoc. 1957;164(13):1439-47.
4. Keen H, Glynne A, Pickup JC, Viberti GC, Bilous RW, Jarrett RJ, et al. Human insulin produced by recombinant DNA technology: safety and hypoglycaemic potency in healthy men. Lancet. 1980;2(8191):398-401.
5. Johnson IS. Human insulin from recombinant DNA technology. Science. 1983;219(4585):632-7.

6. Ena J, Gomez-Huelgas R, Romero-Sanchez M, Gaviria AZ, Calzada-Valle A, Varela-Aguilar JM, et al. Hyperglycemia management in patients admitted to internal medicine in Spain: A point-prevalence survey examining adequacy of glycemic control and guideline adherence. Eur J Intern Med. 2015;26(6):392-8.
7. IDF-Diabetes-Atlas G. Update of mortality attributable to diabetes for the IDF Diabetes Atlas: Estimates for the year 2013. Diabetes Res Clin Pract. 2015;109(3):461-5.
8. Bluher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nature reviews Endocrinology. 2019;15(5):288-98.
9. Kharroubi AT, Darwish HM. Diabetes mellitus: The epidemic of the century. World J Diabetes. 2015;6(6):850-67.

10. Ruiz-Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sanchez E, Corral-San Laureano F, Fernandez-Fernandez I. [Diabetes mellitus in Spain: death rates, prevalence, impact, costs and inequalities]. Gac Sanit. 2006;20 Suppl 1:15-24.
11. Roglic G, Unwin N, Bennett PH, Mathers C, Tuomilehto J, Nag S, et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. Diabetes Care. 2005;28(9):2130-5.
12. Li L, Holscher C. Common pathological processes in Alzheimer disease and type 2 diabetes: a review. Brain Res Rev. 2007;56(2):384-402.
13. Wang P, Tan Y, Xie H, Shen F. A novel method for diabetes diagnosis based on electronic nose. Biosens Bioelectron. 1997;12(9-10):1031-6..

14. Nugent DA, Smith DM, Jones HB. A review of islet of Langerhans degeneration in rodent models of type 2 diabetes. Toxicol Pathol. 2008;36(4):529-51.
15. Henquin JC. The dual control of insulin secretion by glucose involves triggering and amplifying pathways in beta-cells. Diabetes Res Clin Pract. 2011;93 Suppl 1:S27-31.
16. de Roquetaillade C, Llitjos JF, Paul M, Guillemet L, Hadj Salem OB, Mira JP, et al. Diabetic ketoacidosis, a common disease with life-threatening pitfalls. Acute medicine. 2019;18(3):189-91.
17. Gotz J, Ittner LM, Lim YA. Common features between diabetes mellitus and Alzheimer's disease. Cell Mol Life Sci. 2009;66(8):1321-5.

18. Holman N, Young B, Gadsby R. Current prevalence of Type 1 and Type 2 diabetes in adults and children in the UK. Diabet Med. 2015;32(9):1119-20.
19. Daneman D. Type 1 diabetes. Lancet. 2006;367(9513):847-58.
20. Meier JJ, Bhushan A, Butler PC. The potential for stem cell therapy in diabetes. Pediatr Res. 2006;59(4 Pt 2):65R-73R.
21. American-Diabetes-Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. . Diabetes care. 2014;37(Suppl 1:):S81-90.
22. Celentano C, Matarrelli B, Mattei PA, Pavone G, Vitacolonna E, Liberati M. Myo-Inositol Supplementation to Prevent Gestational Diabetes Mellitus. Curr Diab Rep. 2016;16(3):30.

23. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams D. Type 2 diabetes mellitus after gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2009;373(9677):1773-9.
24. Steinberger J, Moran A, Hong CP, Jacobs DR, Jr., Sinaiko AR. Adiposity in childhood predicts obesity and insulin resistance in young adulthood. J Pediatr. 2001;138(4):469-73.
25. Hatunic M, Burns N, Finucane F, Mannion C, Nolan JJ. Contrasting clinical and cardiovascular risk status between early and later onset type 2 diabetes. Diab Vasc Dis Res. 2005;2(2):73-5.
26. Song SH, Hardisty CA. Early-onset Type 2 diabetes mellitus: an increasing phenomenon of elevated cardiovascular risk. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2008;6(3):315-22.

27. Sinha R, Fisch G, Teague B, Tamborlane WV, Banyas B, Allen K, et al. Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. N Engl J Med. 2002;346(11):802-10.
28. Liu LL, Lawrence JM, Davis C, Liese AD, Pettitt DJ, Pihoker C, et al. Prevalence of overweight and obesity in youth with diabetes in USA: the SEARCH for Diabetes in Youth study. Pediatr Diabetes. 2010;11(1):4-11.
29. Bassuk SS, Manson JE. Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. J Appl Physiol (1985). 2005;99(3):1193-204.
30. Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson JG, Hemio K, et al. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. Lancet. 2006;368(9548):1673-9.

31. Zhang Y, Pan XF, Chen J, Xia L, Cao A, Zhang Y, et al. Combined lifestyle factors and risk of incident type 2 diabetes and prognosis among individuals with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Diabetologia. 2019.
32. Dietrich S, Jacobs S, Zheng JS, Meidtner K, Schwingshackl L, Schulze MB. Gene-lifestyle interaction on risk of type 2 diabetes: A systematic review. Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity. 2019.
33. Yamada Y, Kato K, Oguri M, Horibe H, Fujimaki T, Yasukochi Y, et al. Identification of four genes as novel susceptibility loci for early-onset type 2 diabetes mellitus, metabolic syndrome, or hyperuricemia. Biomedical reports. 2018;9(1):21-36.

34. Cardona A, Day FR, Perry JRB, Loh M, Chu AY, Lehne B, et al. Epigenome-Wide Association Study of Incident Type 2 Diabetes in a British Population: EPIC-Norfolk Study. Diabetes. 2019.
35. Laakso M. Biomarkers for type 2 diabetes. Molecular metabolism. 2019;27S:S139-S46.
36. Soranzo N, Sanna S, Wheeler E, Gieger C, Radke D, Dupuis J, et al. Common variants at 10 genomic loci influence hemoglobin A(1)(C) levels via glycemic and nonglycemic pathways. Diabetes. 2010;59(12):3229-39.
37. Gerich JE. The genetic basis of type 2 diabetes mellitus: impaired insulin secretion versus impaired insulin sensitivity. Endocr Rev. 1998;19(4):491-503.
38. Butler AE, Janson J, Bonner-Weir S, Ritzel R, Rizza RA, Butler PC. Beta-cell deficit and increased beta-cell apoptosis in humans with type 2 diabetes. Diabetes. 2003;52(1):102-10.

39. Daftarian Z, Bowen PG. Improving outcomes in patients with prediabetes through a lifestyle modification program. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2019.
40. Armato JP, DeFronzo RA, Abdul-Ghani M, Ruby RJ. Successful treatment of prediabetes in clinical practice using physiological assessment (STOP DIABETES). The lancet Diabetes & endocrinology. 2018;6(10):781-9.
41. Gregg BE, Moore PC, Demozay D, Hall BA, Li M, Husain A, et al. Formation of a human beta-cell population within pancreatic islets is set early in life. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2012;97(9):3197-206.
42. Meier JJ, Butler AE, Saisho Y, Monchamp T, Galasso R, Bhushan A, et al. Beta-cell replication is the primary mechanism subserving the postnatal expansion of beta-cell mass in humans. Diabetes. 2008;57(6):1584-94.

43. Ahmed I, Goldstein B. Diabetes mellitus. Clin Dermatol. 2006;24(4):237-46.
44. Jelinek D, Millward V, Birdi A, Trouard TP, Heidenreich RA, Garver WS. Npc1 haploinsufficiency promotes weight gain and metabolic features associated with insulin resistance. Hum Mol Genet. 2011;20(2):312-21.
45. Lutty GA. Effects of diabetes on the eye. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2013;54(14):ORSF81-7.
46. Al-Thani H, El-Menyar A, Koshy V, Hussein A, Sharaf A, Asim M, et al. Implications of foot ulceration in hemodialysis patients: a 5-year observational study. J Diabetes Res. 2014;2014:945075.
47. Zampa V, Bargellini I, Rizzo L, Turini F, Ortori S, Piaggesi A, et al. Role of dynamic MRI in the follow-up of acute Charcot foot in patients with diabetes mellitus. Skeletal Radiol. 2011;40(8):991-9.

48. Chiles NS, Phillips CL, Volpato S, Bandinelli S, Ferrucci L, Guralnik JM, et al. Diabetes, peripheral neuropathy, and lower-extremity function. J Diabetes Complications. 2014;28(1):91-5.
49. Ramos-Rodriguez JJ, Ortiz O, Jimenez-Palomares M, Kay KR, Berrocoso E, Murillo-Carretero MI, et al. Differential central pathology and cognitive impairment in pre-diabetic and diabetic mice. Psychoneuroendocrinology. 2013;38(11):2462-75.
50. Ramos-Rodriguez JJ, Spires-Jones T, Pooler AM, Lechuga-Sancho AM, Bacskai BJ, Garcia-Alloza M. Progressive Neuronal Pathology and Synaptic Loss Induced by Prediabetes and Type 2 Diabetes in a Mouse Model of Alzheimer's Disease. Molecular neurobiology. 2017;54(5):3428-38.

51. Wimo A, Jonsson L, Winblad B. An estimate of the worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003. Dement Geriatr Cogn Disord. 2006;21(3):175-81.
52. Ahmed I, Goldstein BJ. Cardiovascular risk in the spectrum of type 2 diabetes mellitus. Mt Sinai J Med. 2006;73(5):759-68.
53. Brookmeyer R, Johnson E, Ziegler-Graham K, Arrighi HM. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. Alzheimers Dement. 2007;3(3):186-91.
54. Ramos-Rodriguez JJ, Jimenez-Palomares M, Murillo-Carretero MI, Infante-Garcia C, Berrocoso E, Hernandez-Pacho F, et al. Central vascular disease and exacerbated pathology in a mixed model of type 2 diabetes and Alzheimer's disease. Psychoneuroendocrinology. 2015;62:69-79.

55. Rathmann W, Giani G. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004;27(10):2568-9; author reply 9.
56. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004;27(5):1047-53.
57. Canivell S, Gomis R. Diagnosis and classification of autoimmune diabetes mellitus. Autoimmun Rev. 2014;13(4-5):403-7.
58. Maahs DM, West NA, Lawrence JM, Mayer-Davis EJ. Epidemiology of type 1 diabetes. Endocrinol Metab Clin North Am. 2010;39(3):481-97.
59. Dabelea D, Bell RA, D'Agostino RB, Jr., Imperatore G, Johansen JM, Linder B, et al. Incidence of diabetes in youth in the United States. JAMA. 2007;297(24):2716-24.

60. Cali AM, Caprio S. Prediabetes and type 2 diabetes in youth: an emerging epidemic disease? Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2008;15(2):123-7.
61. Forlenza GP, Rewers M. The epidemic of type 1 diabetes: what is it telling us? Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2011;18(4):248-51.
62. Rowley WR, Bezold C, Arikan Y, Byrne E, Krohe S. Diabetes 2030: Insights from Yesterday, Today, and Future Trends. Popul Health Manag. 2016.
63. Lipner EM, Tomer Y, Noble JA, Monti MC, Lonsdale JT, Corso B, et al. Linkage Analysis of Genomic Regions Contributing to the Expression of Type 1 Diabetes Microvascular Complications and Interaction with HLA. J Diabetes Res. 2015;2015:694107.
64. Pociot F, McDermott MF. Genetics of type 1 diabetes mellitus. Genes Immun. 2002;3(5):235-49.

65. Craig ME, Jefferies C, Dabelea D, Balde N, Seth A, Donaghue KC, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2014. Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. Pediatr Diabetes. 2014;15 Suppl 20:4-17.
66. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, Kreisberg RA. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2006;29(12):2739-48.
67. Ziaja J, Kolonko A, Kaminska D, Chudek J, Owczarek AJ, Kujawa-Szewieczek A, et al. Long-Term Outcomes of Kidney and Simultaneous Pancreas-Kidney Transplantation in Recipients With Type 1 Diabetes Mellitus: Silesian Experience. Transplant Proc. 2016;48(5):1681-6.
68. Shapiro AM, Pokrywczynska M, Ricordi C. Clinical pancreatic islet transplantation. Nature reviews Endocrinology. 2016

TEMA 181. AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO.

- PAULA MERINO GONZÁLEZ

ÍNDICE

- **AGRESIÓN**
- **CAUSAS Y ALCANCE**
- **PREVENCIÓN**

AGRESIÓN

Las agresiones en el trabajo son aquellos incidentes a los que se ve sometido un trabajador objeto de malos tratos y amenazas en su ámbito de trabajo.

Es el ámbito sanitario un lugar en donde las relaciones entre profesionales de la sanidad y pacientes pueden desembocar en situaciones de tensión y agresividad, manifestándose de forma verbal, gestual y física.

Es en atención primaria donde se da un mayor porcentaje de agresiones en comparación con atención hospitalaria y de urgencias.

Según señala el Consejo Andaluz de Salud, en España el porcentaje de agresiones es más elevado en Andalucía.

CAUSAS Y ALCANCE

El mayor porcentaje (40%) de las agresiones en atención primaria son causadas por bajas o pruebas médicas no satisfechas del paciente y desacuerdos en la atención médica para una prestación de la salud. La naturaleza conflictiva del paciente alcanza el 21% y los tiempos de espera el 10%.

Existen otras como la marginalidad, la escasez de recursos...
Los datos provienen de los propios médicos, siendo éstos, enfermeros y celadores los grupos con mayor riesgo.

Los médicos suelen ser agredidos en su mayoría verbalmente, mientras que a enfermeros y celadores se les agrede más físicamente. Las agresiones también afectan al personal administrativo en mostradores y consultas.

Las agresiones al personal sanitario tienen una clara dimensión de género. La tasa de agresiones es mayor en mujeres que en hombres.

PREVENCIÓN

La toma de conciencia hacia las agresiones es cada vez mayor. Son importantes todas las iniciativas que se puedan tomar al respecto, como la celebración del Día Nacional contra las agresiones en el Ámbito Sanitario.

La celebración de congresos por parte de la comunidad sanitaria (como el de la ADSCU 2019), hace que se promuevan reuniones entre colegios profesionales sanitarios y de abogados.

● Planes de prevención frente a agresiones son:

- Medidas organizativas, para evitar la espera a usuarios con triajes y mejoras en la gestión de la espera.
- Medidas técnicas, como mostradores con mamparas cerradas, salidas de emergencia...
- Medidas de seguridad activa, con más vigilantes; o seguridad pasiva, con cámaras y equipos de protección.
- Información y formación a profesionales.

Iniciativas para concienciar a sanitarios, pacientes, administraciones y ciudadanía, como la realizada por la OMC (Organización Médica Colegial), con un cartel en el que se incluye un lazo dorado para editar como foto de perfil y compartir en las redes sociales.

Es importante destacar el cambio en la regulación de las agresiones contra sanitarios en su trabajo, con la promulgación del nuevo Código Penal de 2015, ya que considera actos de atentado los cometidos sobre funcionarios sanitarios cuando se hayan realizado sus funciones en el ámbito de la asistencia pública. Se necesita coordinación entre las administraciones públicas, los centros sanitarios y los colegios profesionales, para caminar hacia tolerancia cero.

BIBLIOGRAFÍA

- Consalud.es [actualizado 26 septiembre 2019; citado 30 sep 2019]. Disponible en: https://www.consalud.es/profesionales/el-40-de-las-agresiones-en-primaria-son-causadas-por-demandas-no-satisfechas-del-paciente_68861_102.html
- Alba A. [Internet]. 2019 [citado 30 septiembre 2019];. Disponible en: https://www.eldiadecordoba.es/cordoba/agresiones-personal-sanitario-Cordoba_0_1378662681.html
- Andalucíamédica.es [actualizado 12 septiembre 2019; citado 30 sep 2019]. Disponible en: https://andaluciamedica.es/2019/09/12/unidad-frente-a-las-agresiones/

- **Médicosypacientes.com [actualizado 6 marzo 2019; citado 30 sep 2019]. Disponible en: http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-omc-presenta-los-datos-de-las-agresiones-medicos-registradas-en-2018**

TEMA 182. ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO.

- DIONISIO CASADO FERNÁNDEZ
- ARACELI ZAPICO DÍAZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- INICIO.
- ESTRUCTURA
- CONSECUENCIAS.
- TIPOS.
- CONCLUSIÓN.

INTRODUCCIÓN

En toda sociedad se establecen diferentes tipos de relaciones interpersonales, entre las que se encuentran las laborales, y como es sabido todo grupo de relaciones interpersonales, tiene sus propios y particulares conflictos.
En el entorno laboral además, debemos tener en cuenta que se están produciendo una serie de cambios en las condiciones de empleo, con formas diferentes a las tradicionales en la contratación. Ello a su vez influyen en el resto de las interrelaciones de cada uno de nosotros, afectando a la relación familiar y de pareja, nuestras relaciones sociales, nuestra forma de vida e incluso nuestra escala de valores.

Este nuevo entorno genera incertidumbre y por tanto la formación de conflictos es más frecuente y en mayor cantidad.

Pero cuando un conflicto laboral se manifiesta como actitud hostil y sistemática sobre la misma persona o grupo de personas, es lo que se llama mobbing o acoso laboral [1].

INICIO

La aparición de una actitud hostil hacia una persona o grupo concreto de personas, desarrollada en el tiempo y con intensidad, es lo que llamamos acoso laboral o mobbing. Sus consecuencias se pueden manifiestan en forma de absentismo laboral, baja productividad, alto grado de padecer accidentes, poca capacidad para las relaciones sociales, entre otras.

El acoso laboral es una situación multifactorial, que además de un contexto, requiere de unos actores: el acosador, o acosadores y el acosado, o acosados y la interacción entre ellos.

El resultado es la destrucción psicológica, la anulación como persona, tras un conjunto de actitudes repetidas, que vistas una sola vez y de forma aislada, pueden parecer intranscendentes [1].

La violencia verbal es el incidente más común dentro del acoso laboral (98,6%), aunque más de la mitad lo obvia y no lo notifica o denuncia debidamente (52%) [2,3].

Esto tiene una gran incidencia en los centros sanitarios con un impacto muy negativo [2,] , además se produce un mayor número de violencias verbales y maltratos, en entornos de empresas burocratizadas y jerarquizadas [4].

El ambiente sanitario presenta un alto riesgos de situaciones de acoso, porque es entorno muy competitivo, con una estructura piramidal rígida, donde promocionan con especial facilidad el personal mediocre, que dice amen a todo, y presenta el perfil de acosador, que se manifiesta si ven peligrar sus cómodos puestos y/o sus privilegios [1].

ESTRUCTURA

El acoso laboral es un problema de salud pública [5] en la sociedad actual. Dentro del entorno laboral de la sanidad, además es una paradoja, enfermar por querer curar.

Destaca por:
- Intencionalidad.
- Frecuencia.
- Duración.

Tiene un origen multifactorial:
- Variables individuales.
- Variables interpersonales.
- Variables psicosociales.

Tiene consecuencias a:

- Nivel humano.
- Nivel organizacional.

El mobbing vinculado a la producción de estrés laboral, provoca un absentismo de entre un 50 a un 60 %, con un coste total en la U.E. de 20.000 millones de euros [4].

CONSECUENCIAS

El acoso laboral en sanidad se relaciona con la manifestación, en la persona o personas acosadas, de problemas de [6] :

• Salud mental:
- Ansiedad.
- Depresión.
- Baja autoestima

• Síntomas somáticos:
-Síntomas físicos generales.
- Fibromialgias.
- Cervicalgia crónica.

Estas afecciones comienzan a aparecer en las etapas tempranas del acoso en la persona acosada y tienen el mal pronóstico que son de larga duración, aun cuando el acoso

remita o se controle desde su inicio.

Se valora que un 10% de los suicidios están relacionados directamente con el acoso laboral [1].

Además, el acosado, sin querer y sin ser consciente, está retroalimentando el acoso de que es objeto: al manifestar los síntomas y problemas de salud, como resultado del propio acoso, es percibido como una persona que no podrá desempeñar su labor debidamente siendo una carga para los demás. Además al retraerse en las relaciones, para no exponerse al acosador/a, es percibido como un compañero/a antisocial. Todo ello en conjunto suma, provocando una nueva oleada de ataques por el acosador/a y, como no, que se sumen nuevos miembros puntualmente para acosar, agudizando el sufrimiento del acosado/a y provocando más problemas de salud y aislamiento[7].

TIPOS

Según de la procedencia del acoso, diferenciamos 3 tipos [7]:

1. Horizontal: Es el más frecuente en sanidad y es el ejercido entre pares. Depende de varios factores:

- Edad.
- Lugar de trabajo.
- Nivel de satisfacción con el trabajo
- Relaciones entre pares.
- Plan para abandonar el trabajo.
- Política relativa al control del acoso laboral.

2- Vertical: Este puede ser ascendente o descendente.
Descendente es desde los superiores a los subordinados y ascendente, a la inversa.

3- Mixta: Este tipo combina el acoso de pares, con la actitud de indiferencia de los jefes, que participan en el acoso por omisión.

Un cuarto tipo de acosador y agresor sexual, está entre cierto tipo de pacientes, que se aprovechan de su situación dependiente y de que es ajeno a la institución sanitaria. Estos son imprevisibles y difícil de controlar. La única vía de respuesta del personal sanitario, mayoritariamente femenino, frente a este tipo de agresores es la evasión y la búsqueda de apoyo de un compañero/a, para poder controlarlo [8].

CONCLUSIÓN

A tenor de lo expuesto, es mayor la desazón por lo que está por hacer, que la alegría de lo que se ha hecho.

Es imprescindible realizar estudios en cada área hospitalaria por parte de la administración autonómica, para tomar las medidas adecuadas en prevención y sanciones administrativas, estas últimas como medida disuasoria. Como también lo es, que la administración sea la abanderada de la lucha contra el acoso laboral [9].

.

BIBLIOGRAFÍA

- González Rodríguez VM. Acoso laboral. Aproximación al mobbing. 2004 . Semergen, 30 (S1), 3-7. Disponible en:

  https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-acoso-laboral-aproximacion-al-mobbing-13066276?referer=buscador

- Mantzouranis G, Fafliora E, Bampal Vasileios G, Christopoulou I. Assessment and Analysis of Workplace Violence in a Greek Tertiary Hospital..(2015) Arch Environ Occup Health 70(5): 2201.

  Disponible en:

https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-24456571

- Guay S, Goncalves J, Jarvis J. Verbal violence in the workplace according to victims' sex—a systematic review of the literature, 19 (5), 572-578. Aggression and Violent Behavior.2014. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.08.001

- BARTOLOME P, (2017). El acoso laboral y la crisis económica. Un problema del siglo XXI. SMA. Disponible en: https://www.smandaluz.com/noticia/1188/el-acoso-laboral-y-la-crisis-econmica-un-problema-del-siglo-xxi

- González Trijueque D. EL ACOSO PSICOLÓGICO EN EL LUGAR DE TRABAJO: epidemiología, variables psicosociales y repercusiones forense. UCM (Tesis). 2012. Disponible en: https://eprints.ucm.es/15361/

•Nielsen MB, Magerøy N, Gjerstad J, Einarsen S. Workplace bullying and subsequent health problems. 2014.Tidsskr Nor Legeforen;134:1233-8. doi:10.4045/tidsskr.13.0880

- Llanos-Jiménez I, Rivas-Riveros E, López-Espinoza M. Factores asociados a violencia horizontal intrahospitalaria en el personal de enfermería. Enferm. univ.15(4). 2018 Disponible en: http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.536

- YAGIG D. When the customer is wrong: A review of research on aggression and sexual harassment in service encounters. (2008).Aggression and Violent Behavior, 13 (2), 141-152. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.03.002

• NOWROUZI-KIA B, ISIDRO R, CHAI E, USUBA K, CHEN A. (2019) Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review. (2019.) Aggression and Violent Behavior
44, 1-7. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.11.002

TEMA 183. ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

- VERÓNICA RUIZ ALCALÁ
- MARÍA LETICIA NARVÁEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO
2. LA VIOLENCIA EN LA PAREJA
3. IMPORTANCIA DEL PERSONAL SANITARIO
4. ACTUACIÓN EN URGENCIAS

DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Según la Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993, se define como: «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada».

Los principales factores de riesgo son la relación desigual entre hombres y mujeres, y la existencia de la «cultura de la violencia» como medio para resolver conflictos.

LA VIOLENCIA EN LA PAREJA

Es frecuente el comienzo del maltrato con conductas de abuso psicológico (conductas restrictivas y controladoras) atribuidas a los celos del hombre y/o a su afán de "protección", produciendo dependencia, aislamiento y temor. Progresivamente aumenta el grado de violencia extendiéndose también al ámbito físico y sexual.

Leonor Walker plantea "La Teoría del Ciclo de la Violencia":

- Fase de acumulación de tensión (sin consciencia de la gravedad).
- Fase de explosión o agresión (fase en que suele denunciar).
- Fase de calma o reconciliación o luna de miel (el agresor manipula para evitar la separación).

IMPORTANCIA DEL PERSONAL SANITARIO

Desde el ámbito sanitario tenemos el deber social y sanitario de asistir a las víctimas de la violencia de género y denunciarlo a los juzgados siempre que tengamos la mera sospecha de ello.

Según cita la Organización mundial de la salud (OMS) en el informe de Violencia contra las mujeres: «No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte».

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

1. Prestar atención a los signos y síntomas que hagan sospechar que la paciente sea víctima de malos tratos.

2. Inicialmente, se atenderá el estado físico-psíquico de la víctima. Posteriormente, se investigará acerca de la existencia de menores o personas dependientes que también puedan estar sufriendo violencia.

3. Se realizará un informe donde se detallará las lesiones y el estado psicológico de la víctima.

4. Además, se valorará la seguridad y el riesgo en que se encuentra la mujer.

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

4. Finalizada la asistencia puramente sanitaria, se informará de las actuaciones a seguir y se derivará a los servicios sociales y de protección oportunos a la víctima.

5. En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de maltrato, mediante notificación al juzgado del parte de lesiones e informe médico que le acompaña, informando previamente a la mujer afectada de la remisión del mismo y registrándolo en la historia clínica.

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

- RECURSOS A NIVEL NACIONAL:
  - Teléfonos de información 24h:
    900191010
    900152152 (para mujeres sordas)
  - Servicios de urgencias y Emergencias: 112
  - Policía Nacional: 091
  - Guardia Civil: 062
  - Delegación especial del gobierno contra la violencia sobre la mujer: 913635253/54

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de sanidad y consumo. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2018.

2. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. OMS 2014.

3. Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer 2012. Entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. ONU. 2012.

TEMA 184. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL DOLOR DE PARTO

¿CÓMO PODEMOS INFLUIR EN ÉL SIN FÁRMACOS?

- ESTEFANIA MARTINEZ GONZALEZ
  MARTA MATEOS MAZON
- SANDRA ATIENZA RAMIREZ

ÍNDICE

1-INTRODUCCION

2-FISIOPATOLOGIA

3-FACTORES QUE AUMENTAN EL DOLOR DE PARTO

4-FACTORES QUE DISMINUYEN EN EL DOLOR DE PARTO

5-HERRAMIENTAS NO FARMACOLÓGICAS QUE CONTRIBUYEN A MEJORAR EL DOLOR DE PARTO

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de dolor obstétrico, nos referimos al dolor que afecta a la mujer embarazada, por tanto el dolor obstétrico puede aparecer desde el primer trimestre de gestación hasta el puerperio tardío.
Es durante el parto cuando el dolor obstétrico llega a su mayor intensidad.

El dolor obstétrico ha sido una preocupación histórica en todas las sociedades y prueba de ello es que en papiros egipcios ya se encuentran referencias de posibles remedios para el mismo.

2-FISIOPATOLOGÍA

El dolor durante el trabajo de parto va evolucionando a lo largo del mismo :

-1ª fase: dolor visceral (por estiramiento del cuello cervical y por distensión peritoneal de órganos pélvicos)

,

-2ª fase: dolor somático profundo (por compresión del plexo lumbosacro) y dolor somático superficial (distensión perineal).

2-FISIOPATOLOGÍA

En la fase de dilatación las fibras aferentes responsables de la transmisión, recogen estímulos dolorosos procedentes del plexo uterino, cervical, hipogástrico inferior, hipogástrico medio, hipogástrico superior y plexo aórtico y recorren la cadena simpática lumbar, en dirección cefálica y a nivel de T10-L1 entran por las ramas posteriores de la médula hasta hacer sinapsis con las neuronas del asta posterior.

Durante la fase de expulsivo, añadido al dolor anterior, aparece en la parte baja del sacro, ano, periné e incluso irradiado hacia las piernas un dolor mejor localizado que implica a los segmentos S2-S4. Al final del expulsivo el componente perineal se convierte en la causa principal de molestias para la madre.

2-FISIOPATOLOGÍA

Si bien las vías del dolor durante el trabajo de parto son las mismas para todas las gestantes, la percepción de dolor por parte de la madre es muy variable. Para explicar esto se apuntan dos teorías: La acción reguladora de las endorfinas y la teoría del control de la puerta de entrada de Melzack y Wall.

Los niveles de endorfinas son diferentes de unas personas a otras. Los niveles de endorfinas pueden ser hereditarios, existen etnias con mayor concentración de endorfinas en sangre. Las endorfinas aumentan de forma fisiológica durante el parto pero es posible aumentarlas de forma externa con estimulación cutánea y en esto se basan algunos de los métodos no farmacológicos de alivio del dolor para el trabajo de parto.

2-FISIOPATOLOGÍA

La teoría del control de la puerta de entrada formulada por Melzack y Wall en 1965, se basa en el mecanismo de entrada y transmisión de los impulsos dolorosos.

En cuanto al mecanismo de entrada, el sistema reticular del tronco del encéfalo controla los estímulos que llegan a través de la vista y el oído por lo que también podría inhibir determinados impulsos, incluido el dolor, si la persona está recibiendo otro estímulo sensorialmente importante. En esto se basan mecanismos algunos métodos no farmacológicos para el alivio del dolor obstétrico como la hipnosis.

2-FISIOPATOLOGÍA

En lo referente a la transmisión del estímulo, el dolor se transmite por fibras nerviosas sensoriales de tamaño grande y pequeño, la estimulación de las fibras de diámetro grande cierra la puerta de entrada al dolor, mientras que la estimulación de las fibras de diámetro pequeño abre la entrada. Aplicando esto es fácil deducir que si se estimulan las fibras gruesas produciríamos un alivio del dolor, que es en lo que se basan algunos métodos analgésicos no farmacológicos como la técnica de punción sobre el rombo de Michaelis, el TENS o la reflexología podal.

Tanto la evolución del dolor como los niveles de endorfinas y la teoría del control de la puerta de entrada, nos permiten en parte explicar la gran variabilidad interpersonal en la percepción del dolor y esto debe ser tenido en cuenta a la hora de elegir una técnica analgésica durante el trabajo de parto.

3-FACTORES QUE AUMENTAN EL DOLOR EN EL PARTO

Factores psicológicos:

- -Primípara
- -Nivel socio-económico bajo
- -Antecedentes de dismenorrea

Factores físicos:

- -Desproporción pélvico fetal
- -Presentación de nalgas puras
- -Distocias
- -Relación peso/altura de la madre elevada.

4-FACTORES QUE DISMINUYEN EL DOLOR EN EL PARTO

Factores psicológicos:

-Multípara: A mayor paridad menos es la sensación dolorosa, esto puede deberse, en parte, a que el cérvix en las multíparas se modifica antes y a que la pelvis materna sufrió cambios físicos tras el primer nacimiento.

-Nivel socio-económico alto

-Mayor edad: A mayor edad menos sensación dolorosa, sin embargo las primíparas añosas suelen tener trabajos de parto más prolongados y con esto mayor sensación de dolor

-Parto por la noche

-Asistencia a clases de preparación prenatal

-Acompañante

-Experiencias previas en dolor agudo

4-FACTORES QUE DISMINUYEN EL DOLOR EN EL PARTO

Factores físicos:

-Relación peso/altura adecuada

-Determinadas posiciones de parto:Posición vertical, deambulación…

-Las condiciones físicas previas de la embarazada también pueden modificar la sensación del dolor, así pues, las mujeres que practican algún deporte tienden a tener menos sensación de dolor durante el parto.

5-CÓMO PODEMOS INFLUIR EN EL DOLOR DEL PARTO

- No podemos influir sobre el número de parto o el nivel socioeconómico de la mujer gestante, pero sabiendo que las primíparas con nivel socio económico extremo tienen mayor percepción del dolor, deberemos extremar las atenciones y el acompañamiento en mujeres que se encuentren en esta situación.

- Cuando el parto se presente de nalgas puras, exista una desproporción pelvico fetal o una relación peso/altura de la madre elevada, favoreceremos la libertad de movimiento (incluso el agua si es posible) y modalidades analgésicas que permitan la deambulación (walking epidural) a fin de disminuir la percepción del dolor.

5-CÓMO PODEMOS INFLUIR EN EL DOLOR DEL PARTO

- En todos los estudios que demostrado que la percepción del dolor de parto es menor si el parto se produce durante la noche, parece extrapolarse de ahí que un ambiente tranquilo e íntimo para la gestante aumentaría su umbral de dolor.

- Las pacientes que han asistido a clases de preparación prenatal y tienen círculos sociales de apoyo a la crianza desarrollan menos dolor durante el parto, de ahí que debamos incentivar este tipo de iniciativas.

- Queda demostrado que la presencia de un acompañnte en la sala de partos disminuye la ansiedad de la gestante y con esto la percepción del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

- Kranke P, et al. Update in Obstetric Anesthesia - Tried and Trusted Methods, Controversies and New Perspectives. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2017 Nov;52(11-12):815-826.
- Hess PE. What's new in clinical obstetric anesthesia in 2015? Int J Obstet Anesth. 2017 Nov;32:54-63. Kranke P, Annecke T, et al. Anesthesia in obstetrics: Tried and trusted methods, current standards and new challenges. Anaesthesist. 2016 Jan;65(1):3-21.
- Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, 2010 (Actualizado 8 Marzo 2015). Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf

TEMA 185. INTRODUCCIÓN DE LA MEDIACIÓN EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO. (PROPUESTA METODOLÓGICA)

- GEMMA MAGDALENA CUENCO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN- Justificación
- CONFLICTOS EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA. Tipología
- DESTINATARIOS
- OBJETIVOS
- METODOLOGIA
- EVALUACIÓN
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN-Justificación

La atención sociosanitaria se caracteriza por ser una atención simultánea, coordinada y estable entre los servicios sanitarios y sociales ante necesidades de personas que precisan que se garantice un abordaje integral y continuado de sus cuidados sociales y sanitarios.

La Mediación es una herramienta interesante, valiosa, práctica y muy adecuada para la resolución de conflictos en diversos ámbitos, y puede ser especialmente útil en la atención socio sanitaria, donde algunos de los sujetos protagonistas presentan características muy peculiares y son muy vulnerables, bien por la edad, dificultades económicas, la situación de dependencia que poseen o por la situación general que padecen.

La mediación permite la posibilidad de intervenir para intentar solucionar aquellos conflictos que pudieran surgir entre las personas que se encuentran en situación de necesidad de cuidados y apoyos en el ámbito socio sanitario, así como sus familiares y los/as profesionales del ámbito sanitario y/o de los servicios sociales.

El objetivo primordial consiste en prevenir o resolver aquellos problemas o conflictos de diversa magnitud y tipología que pudieran surgir; para conseguir establecer cauces adecuados de comunicación que faciliten una disminución del estrés, una mejora en la convivencia y conseguir un adecuado bienestar familiar, psíquico y social, así como favorecer una atención socio sanitaria de máxima calidad.

CONFLICTOS EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. Tipología.

Todo **cambio en la vida de una persona,** como cambios biopsicosociales, enfermedades o su avance, factores culturales y/o económicos etc., pueden producir y de hecho producen, situaciones problemáticas y/o de incompatibilidad entre las personas/pacientes o usuarios y/o sus familias, o entre éstas y los/as profesionales o las instituciones que les prestan apoyo y cuidados.

Tales cambios pueden llegar a generar angustia, tensión, ansiedad, situaciones de elevado estrés… etc.

- **Un conflicto SOCIOSANITARIO se caracteriza porque:**

- -Tiene un alto componente emocional (situaciones de vulnerabilidad).

- -Implica a pacientes y profesionales sociales/ sanitarios y/ o sus familiares.
- - Altera la convivencia interrelacional entre pacientes/familias/ profesionales socio sanitarios.

- -Con el tiempo se agrava.

La asistencia a una persona con diversas necesidades, pueden crear **situaciones problemáticas y/o conflictivas** que afecten a todas las personas involucradas

LOS CONFLICTOS PUEDEN APARECER POR DIVERSOS MOTIVOS:

-**DIFERENCIAS CULTURALES,** rechazo a ser atendidos/as por personal extranjeros/as.

-DISCRIMINACION POR SEXO, rechazo a ser atendidos/as por hombres. Arraigada atribución social del papel de «*cuidadora*» a la mujer.

- **PÉRDIDA DE AUTONOMIA,** por dificultades en la ejecución de la ABVD, produce malestar, no aceptación, sufrimiento psicológico..

- **-CARENCIA EN LAS NECESIDADES BÁSICAS,** por falta de medios económicos, falta de apoyos familiares, carencias afectivas, soledad, …

- **-DIFERENCIAS ENTRE EXPECTATIVAS Y REALIDAD,** frustración de no haber aspirado a conseguir lo que se deseaba en la vida…

- **-PROBLEMAS POR EXCLUSION SOCIAL o AISLAMIENTO SOCIAL**, colectivos tradicionalmente marginados, o por mantener costumbres o hábitos insanos o inadecuados…,

- **PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN / RELACIÓN** , Provocados por expresar opiniones con diferentes puntos de vista, por cuestiones ideológicas, diferencia de edad…,diferencias personales, carencia de intimidad…,

- -**CUESTIONES DE PERSONALIDAD,** por la forma de ser de cada persona y su percepción de la vida y los problemas, egoísmo, impaciencia.

DESTINATARIOS/AS

- Personas y o sus familiares en situación de dependencia y/o riesgo y vulnerabilidad social que precisan de una atención coordinada tanto en el ámbito sanitario como social.

- Profesionales del sistema sanitario

- Profesionales de los servicios sociales.

OBJETIVOS

- Promover la comunicación entre los afectados por el conflicto.
- Llegar a acuerdos consensuados y duraderos.
- Crear protocolos de actuación para todas las personas participantes y adaptados a las necesidades de los/las beneficiarios/as y el entorno profesional.
- Crear un ambiente de aprecio y confianza en la atención socio sanitaria.
- Desarrollar dinámicas que permitan la comunicación eficaz y la posibilidad de transmitir ideas, sentimientos y emociones adecuadamente
- Mejorar la calidad asistencial en el ámbito socio sanitario.

METODOLOGÍA

- Se utilizará el proceso metodológico característico de la mediación, distinguiendo 3 periodos, inicio, proceso y cierre, diferenciando las siguientes fases:
- **Fase de detección de conflicto y premediación**
- **Fase de inicio de la mediación: Obtener y compartir información.**
- **Fase de explicación: ordenar el conflicto**
- **Fase de contextualización: trabajar y negociar cada punto.**
- **Fase de direccionamiento: preparar un borrador con los posibles acuerdos.**
- **Fase de evaluación y seguimiento**.

EVALUACIÓN

- En el proceso de evaluación se tendrá en cuenta a todos los destinatarios del proyecto. Asimismo se procederá a evaluar todas las necesidades, tareas requeridas, se realizarán controles y seguimiento de los servicios socio sanitarios en los procesos sometidos a mediación, etc.

- El diagnóstico de la situación se obtendrá realizando un análisis DAFO (identificación de Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) de las situaciones que pueden generar conflictos en dicho ámbito, así como del proceso de mediación desarrollado, para intentar ofrecer un servicio de calidad
- Se analizará todo el proceso desarrollado, comprobando si se han conseguido los objetivos propuestos, verificando si los resultados obtenidos coinciden con los esperados y si disponemos de suficientes recursos para su abordaje.

CONCLUSIONES

- Utilizar la mediación para resolver conflictos derivados de la atención socio sanitaria, va a ayudar a las personas implicadas a expresar sus emociones, opiniones, y preferencias y va a ofrecer una alternativa necesaria para la gestión pacifica de los mismos en las relaciones de convivencia, disminuyendo el estrés asociado al conflicto y potenciando el protagonismo tanto de las personas beneficiarias como de los profesionales implicados en la toma de decisiones que afectan a su calidad de vida.
- Siendo aún más necesaria si cabe, cuando se dirige a solucionar conflictos sobre asistencia a personas dependientes, ya que exige un esfuerzo añadido, al atenderse a personas muy vulnerables, con diferentes problemas psicofísicos, afectivos, de soledad, etc. Lo que implica la necesidad de actuar además con serenidad, cautela, comprensión, empatía. Todo ello redundará en ofrecer una atención socio sanitaria de máxima calidad.

BIBLIOGRAFÍA

-Ley 39/2006, 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (BOE nº. 299, de 15 de Diciembre).

-Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles (BOE nº. 162, de 7 de julio de 2012).

-Libro blanco de la Coordinación Socio sanitaria en España Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, 2011. https://www.mscbs.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf
[Consultado: El 1 de febrero de 2019]

- CABRERA PEDRO J. y LORENZO FRANCISCO. (2008). La Mediación: caja de herramientas ante el conflicto social. Madrid: Ed. Cáritas Española.
- VINYAMATA CAMP, EDUARD (2003). *Aprender mediación*. Barcelona: Ed. Paidós.
- MONTSERRAT CODORNIZ, JULIA. (2014). "El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia: ¿Hacia un cambio de modelo?". VII Informe sobre exclusión social en España 2014. Ed. Fundación FOESSA, Fomento de estudios sociales y sociología aplicada
- Asociación Española de Mediación: http://www.asemed.org/ [Consultado: 13 de enero de 2019]

- De Armas Hernández, Manuel. (2003) *"La mediación en la resolución de conflictos"* Educar32 Universidad de Barcelona... 125-136. www.raco.cat/index.php/Educar/article/download/20783/20623 [Consultado: 14 de enero de 2019]

- Mediation International ¿Que es la mediación? ¿Cuáles son sus características esenciales? http://mediationinternational.eu/index.php/es/blog/98-que-es-la-mediacion _[Consultado: 11 de febrero de 2019]

TEMA 186. A PROPÓSITO DEL BABY LED WEANING.

- SANDRA DÍAZ ARAÚJO

ÍNDICE

- Resumen.....3
- Palabras clave.....4
- Objetivos.....5
- Metodología.....6
- Ventajas.....7
- Desventajas.....8
- Conclusiones.....9
- Bibliografía.....10

Resumen:

El BLW (Baby Led Weaning), consiste en permitir que el bebé se alimente por sí mismo desde el pincipio, ofreciéndole trozos de alimentos blandos que pueda tomar con las manos para llevárselos a la boca, masticarlos y tragarlos.

Palabras clave:
Baby Led Weaning, Alimentación complementaria, Lactantes, Nutrición infantil.
Introducción:
El BLW es un novedoso método alternativo de alimentación complementaria de origen angolsajón, en el que el propio lactante dirige y autorregula la ingestión de los alimentos. Existen estudios que concluyen que se trata de una alimentación más adecuada y fisiológica para los lactantes a partir de los 6 meses, incidiendo en los beneficios y ventajas que tiene. Pero existen riesgos derivados de su práctica. El método carece de evidencia científica que evidencie su efectividad a corto y largo plazo.

OBJETIVOS

Objetivos generales:
Describir el método de alimentación complementaria BLW.

Objetivos específicos:
Analizar la información disponible de las páginas web que tratan el tema.
Buscar evidencia científica sobre la práctica de éste método.
Contrastar la evidencia científica con la información difundida en la red.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica sobre el BLW y la alimentación complementaria, consultando las siguientes bases de datos: PubMed, MedLine, Biblioteca Cochrane, Cuiden Plus, Dialnet, Science Direct y Google Scholar.

VENTAJAS Y BENEFICIOS

Autorregulación en la ingesta de alimentos y fomento de la autonomía.
Promueve estilos de alimentación saludables.Fomenta una introducción natural y respetuosa.
Favorece la estimulación sensorial.
Facilita el desarrollo de habilidades motoras finas y gruesas.
Fomenta el desarrollo de habilidades psicosociales.
Mayor comodidad

DESVENTAJAS E INCONVENIENTES

Riesgo de atragantamiento y asfixia.

Carencias nutricionales.

Carencias energéticas.

CONCLUSIONES:

El BLW es una alternativa novedosa y poco estudiada hasta el momento.

Es necesario estudiar urgentemente el método, dado el aumento de difusión del mismo.

Los enfermeros deben guiar y controlar los cambios de alimentación en la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

1.Lázaro A, Martín B. Alimentación del lactante sano. En Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediática SEGHNP-AEP. 2ª ed. España: Ergón S.S; 2002. P.287-295

2.Perdomo M y De Miguel F. Alimentación complementaria en el lactante. Pediatr Integral. 2015; 19(4):260-267.

3.Brown A, Jones SW, Rowan H. Baby-Led Weaning; The Evidence to Date. Curr Nutr Rep. 2017; 6(2):148-156.

4.Cuadros-Mendoza CA et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta Pediatr Mex. 2017; 38(3):182-201.

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

ÍNDICE

- ❑ Breve resumen caso clínico
- ❑ Diagnóstico diferencial
- ❑ Tratamiento médico
- ❑ Tratamiento fisioterápico
- ❑ Conclusiones
- ❑ Bibliografía

BREVE RESUMEN CASO CLÍNICO

Acude a nuestra consulta una mujer de 37 años, de profesión fisioterapeuta y como actividad deportiva suele salir a correr, nadar o ciclismo dos/tres veces por semana.

Desde hace cinco meses refiere dolor lumbar derecho de predominio nocturno y dolor irradiado en territorio del nervio ciático izquierdo.

Durante la noche debe cambiar de posición constantemente, siendo incapaz de girar al decúbito lateral derecho por dolor. El descanso nocturno no supera las cinco horas.

La irradiación nerviosa se pone de manifiesto en la bipedestación prolongada y durante la marcha. Refiere dolor urente en región glútea izquierda y cabeza de peroné, así como alodinia y parestesias en la cara posterolateral de la pierna izquierda y la planta del pie.

El alivio temporal de la sintomatología lo consigue mediante sedestación o con el decúbito lateral izquierdo.

BREVE RESUMEN CASO CLÍNICO

- La prueba de percusión sobre las apófisis espinosas lumbares es dolorosa en todas ellas.
- Prueba de Lasègue positiva.
- Acortamiento de psoas bilateral.
- Limitación de movilidad articular lumbar.
- El estudio de resonancia magnética concluyó:
  - Disco L4-L5: Protrusión póstero central que provoca severa reducción de la amplitud del canal, más hacia su lado izquierdo.
  - Disco L5-S1: Protrusión póstero lateral provocando moderada reducción de la amplitud de forámina derecha.
  - Disco L3-L4: Protrusión difusa provocando leve reducción de la amplitud del canal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mediante la exploración física y las pruebas complementarias se realiza un diagnóstico diferencial que nos permite descartar otras patologías:

- Síndrome del piramidal
- Patología ósea lumbar
- Síndrome de la cola de caballo
- Espondiloartropatía
- Dolor referido por trastornos genitourinarios, gastrointestinales o vasculares

TRATAMIENTO MÉDICO

Comenzó con medicación antiinflamatoria y analgésica para el dolor neuropático periférico vía oral.

Ante la falta de resultados óptimos mantenidos en el tiempo se procedió a la aplicación de dos bloqueos epidurales caudales con corticoides. Tras esta técnica se redujo la localización del dolor urente, desapareciendo de la región glútea izquierda.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

El tratamiento de fisioterapia se realizó a lo largo de ocho meses (de octubre a mayo) y tuvo diferentes objetivos en función de la evolución de la sintomatología referida por la paciente.

- **1ª Fase**:
  - *Objetivo*: Disminuir el dolor lumbar.
  - *Técnicas*: Terapia manual lumbar, relajación del diafragma, estiramiento post-isométrico del músculo psoas y técnica de Cathie para los ligamentos iliolumbares.
  - *Resultado*: Desaparición del dolor lumbar, siendo capaz de girar al decúbito lateral derecho y permitiendo el descanso nocturno entre siete y ocho horas. También mejoró la movilidad articular de la región lumbar.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

- **2ª Fase**:
  - *Objetivo*: Eliminar alodinia y parestesias en la cara posterolateral de la pierna izquierda y la planta del pie.
  - *Técnicas*: Neuromodulación ecoguiada.
  - *Resultado*: Desaparición de dicha sintomatología.

- **3ª Fase**:
  - *Objetivo*: Normalizar la función de las estructuras implicadas (Posición antiálgica, acortamientos musculares, sensibilización central).
  - *Técnicas*: Terapia manual visceral. Método Pold® (técnica muscular y técnica de apertura de espacio con fijación de segmento). Punción seca en glúteo medio y glúteo menor. Electroacupuntura.
  - *Resultado*: Desaparición total de dolor y restricciones musculares o articulares.

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

- **4ª Fase**:
  - *Objetivo*: Reacondicionamiento muscular.
  - *Técnicas*: Ejercicios de control motor de la región lumbo-pélvica. Hidrocinesiterapia. Método TAD®.
  - *Resultado*: Vuelta a la actividad laboral y deportiva sin limitaciones.

CONCLUSIONES

En el caso de nuestra paciente, el dolor producido por la lumbociática le ocasionaba importantes alteraciones en el desarrollo de su actividad profesional así como en su práctica deportiva habitual, viéndose ambas gravemente mermadas.

Aunque el proceso de recuperación fue lento, los resultados obtenidos de cara a mejorar la calidad de vida de la paciente, avalan su aplicación.

Consideramos que en esta patología, en la que se ven afectadas distintas estructuras (nervio, músculo, fascia, ligamento,…) conviene tener una visión amplia de la globalidad de nuestra paciente y de las diferentes herramientas terapéuticas de las que disponemos para aplicar la más idónea en función del objetivo perseguido en cada fase del proceso.

CONCLUSIONES

Así mismo, conviene destacar la importancia de hacer partícipe al paciente en el progreso de curación y que tome conciencia de su esquema corporal, de las posturas que adopta en su vida diaria y cómo prevenir las posibles recaídas.

BIBLIOGRAFÍA

- Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Anatomía con orientación clínica. 8ª ed. Barcelona (ESP): Wolters Kluwer; 2017.
- Sánchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JA, Flórez MT y col. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. 1ª ed. Madrid (ESP): Panamericana; 2006.
- Ricard, F. Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernias discales. 2ª ed. Madrid (ESP): Medos; 2013.
- Snell R. Neuroanatomía clínica. 7ª ed. Barcelona (ESP): Wolters Kluwer; 2010.
- Xhardez Y. Vademécum de kinesioterapia y de reeducación funcional. 4ª ed. Buenos Aires (ARG): El Ateneo; 2002.

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

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. OBJTIVOS
4. MATERIAL Y MÉTODOS
5. RESULTADOS
6. CONCLUSIONES
7. BIBLIOGRAFÍA

1. RESUMEN

En este capítulo trato de exponer los beneficios que aporta el ejercicio físico en personas de la tercera edad.
Dentro del ejercicio físico es importante destacar la importancia de realizar actividades físico-recreativas como medio para mejorar la autoestima en los adultos mayores.
Aunque la práctica de ejercicio físico de forma regular aporta números beneficios es de vital importancia que este ejercicio se prescriba bajo la pauta de un especialista.

Es muy importante hacer especial hincapié en la educación para la salud y en aplicar un enfoque más educativo hacia la gerontología y sus derivados para que incidan positivamente, y establecer guías de manejo a todos los niveles, con el fin de evitar las complicaciones en los adultos mayores.

2. INTRODUCCIÓN

El ejercicio físico, en todas las etapas de la vida, constituye la base de un marcado desempeño funcional; orientado por un profesional, se puede definir como un tipo de actividad física planeada y estructurada, en la que el individuo participa con el objetivo de mejorar sus cualidades físicas. La actividad física es otro término para referirse a todas aquellas actividades que se realizan en la vida cotidiana. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como “la gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile”.

Por el contrario, se denomina sedentarismo a la no realización de actividad física o su práctica con una frecuencia menor de 3 veces a la semana y menos de 20 minutos cada vez.

La disminución del trabajo físico, los cambios de hábito y el estilo de vida sedentaria son factores que resultan perjudiciales para el individuo y potencialmente costosos para la sociedad, ya que se acompañan de un incremento en la incidencia de las enfermedades [1].

La OMS definió el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.

Dentro de las políticas del envejecimiento activo, lo que se intenta, es potenciar las capacidades de la persona para que sea capaz de llevar una vida completamente productiva en la sociedad y la economía.

El envejecimiento ha de considerarse una experiencia positiva, una esperanza de vida más larga. Uno de los pilares del envejecimiento activo, es la realización de la actividad física.

Se cree que realizar deporte es algo que no corresponde a las personas mayores de 60 años, lo que responde a una imagen prejuiciosa de la vejez, además de ser una idea preconcebida de que las actividades deportivas pueden poner en peligro la salud del anciano. Frecuentemente se subestima la capacidad física de un adulto mayor sin evaluarse de forma objetiva [1].

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable que involucra diferentes factores como los genéticos, biológicos, fisiológicos, socio ambiental y cultural, que se manifiesta en el deterioro paulatino del organismo. Esta problemática natural, es hoy un reto que afrontan numerosos países con políticas acordes a las necesidades y posibilidades de cada estado [2].

En los últimos años estamos asistiendo a un cada vez mayor incremento de la población de adultos mayores a nivel mundial, hasta el punto de que la OMS estima para el año 2050 la población de más de 60 años llegue a los 2000 millones, frente a los 841 de la actualidad [1,3].

La tercera edad abarca una época bastante amplia de la vida de un ser humano, se puede afirmar que esta etapa inicia a partir de los 60 años. El proceso de envejecimiento depende de la determinación genética, de los hábitos y del estilo de vida de cada individuo, siendo estos factores determinantes en la importancia de la diferenciación de la edad biológica y la edad cronológica con relación a la calidad de vida. El ser humano evoluciona según la interacción de los factores biológicos y de los socioambiéntales [1,4].

A los adultos mayores se les adjudica una condición de grupo emergente, que se atribuye a la proporción en que se produce su incremento numérico a nivel mundial, con un pronóstico 2020 que un 70% de la población del planeta superará los 700 millones de mayores en los países en vías de desarrollo, muy por encima de los 318 esperados para las regiones industrializadas [1,3].

La pirámide poblacional se está invirtiendo, la perspectiva de envejecimiento a nivel mundial establece que la población de la tercera edad para el año 2030 equivaldrá al 16% de la población mundial y que en el 2050 equivaldrá al 22%, esto indica que las personas vivirán más y que por eso hay que buscar programas que ayuden a mejorar su calidad de vida. Así pues, desde que inicia el proceso de envejecimiento, empieza a disminuir la funcionalidad del principal sistema del organismo humano, el sistema nervioso central, suceso que desencadena una pérdida progresiva de las capacidades y habilidades relacionadas a todas las actividades del individuo en la vida diaria, entre ellas, una de las que más afecta a la población de la tercera edad es la deambulación, que necesita de fuerza, equilibrio, coordinación y autonomía [1,3].

En consecuencia, se evidencia que el envejecimiento tiene una relación directa con el desarrollo de la discapacidad, hecho que está asociado a la disminución del movimiento y a deficiencias en la visión y la audición; lo anterior se puede relacionar a las caídas, accidentes frecuentes entre las personas de la tercera edad, dada la progresiva inestabilidad a edades avanzadas. Entre los sujetos de edad superior a los 65 años, cerca del 23% de los hombres y del 52% de las mujeres, han sufrido al menos una caída, el número de caídas junto con la gravedad de las complicaciones es mayor cuando más edad tiene el sujeto. Las caídas representan un factor de riesgo para la salud del adulto mayor, ya que, si no se previenen o se cuidan pueden generar una limitación funcional [1,4].

Como todos sabemos el envejecimiento disminuye la autonomía e independencia de los adultos mayores. El ejercicio físico contribuye al mejoramiento de la fuerza muscular, de la estabilidad y de la resistencia aeróbica de las personas mayores.

El estado anímico del adulto mayor es fundamental para que interactúe y participe en las actividades propias de la familia, la sociedad y el medio dónde se desarrolle. La actividad física puede favorecer dicho proceso, incrementando la calidad de vida del sujeto.
Las actividades físico-recreativas diseñadas son determinantes para el mantenimiento de la salud física y mental como medio de obtención de una mejor calidad de vida en el adulto mayor, incrementando la autoestima [4,5].

3. OBJETIVOS

- Estudiar la importancia del ejercicio físico en la tercera edad.

- Establecer los efectos del ejercicio físico sobre la condición física funcional y el riesgo de caídas en un grupo de adultos mayores.

- El ejercicio físico como una de las principales estrategias no farmacológicas para envejecer de forma saludable y mejorar la calidad de vida.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la importancia del ejercicio físico en la tercera edad. Las fuentes consultadas se han obtenido de las siguientes bases de datos, a través de sistemas de hosting online (EBSCO® y Science Direct®):

- MEDLINE®
- CINHAL®
- PUBMED®
- CUIDEN®
- PEDRo®
- Cochrane®
- Science Direct®

Con el fin de aportar los datos más recientes de cada tema tratado, se ha acotado la búsqueda a los últimos 5 años. Se realizó entre el 28 de Mayo de 2018 y el 1 de Junio de 2018. Se han empleado términos de búsqueda en castellano, siendo los que se exponen a continuación: Ejercicio físico, Deporte, Ancianos, Personas mayores.

Los términos se han utilizado de forma individual, truncada y con operadores boleanos.

Los criterios de inclusión fueron: texto completo disponible en formato PDF, contenido válido sobre el tema a tratar en el trabajo, estudios realizados en humanos, escritos en castellano, que cumplieran el criterio de antigüedad anteriormente fijado. Aplicando estos criterios de 28 referencias encontradas, se rechazaron 18, efectuándose la presente revisión con 9 referencias.

5. RESULTADOS

Entre los beneficios que se conocen del ejercicio físico practicado regularmente en la tercera edad se encuentran los siguientes: mejorar la capacidad para el autocuidado, favorecer la integración del esquema corporal, propiciar bienestar general, conservar más ágiles y atentos los sentidos, facilitar las relaciones intergeneracionales, aumentar los contactos sociales y la participación social, inducir cambios positivos en el estilo de vida de los adultos mayores, incrementar la calidad del sueño. Además, se incluyen la disminución de la ansiedad, el insomnio y la depresión, reforzar la actividad intelectual, contribuir en gran manera al equilibrio psicoafectivo, prevenir caídas, incrementar la capacidad aeróbica, la fuerza muscular y la flexibilidad, disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular, frenar la atrofia muscular y favorecer la movilidad articular.

Paralelamente aumenta la eliminación de colesterol, disminuye el riesgo de arterioesclerosis e hipertensión, reducir el riesgo de formación de coágulos en los vasos y por tanto de trombosis y embolias, aumentar la capacidad respiratoria y la oxigenación de la sangre, evitar la obesidad, mejorar la capacidad funcional de aquellos individuos que presentan problemas en la realización de las actividades de vida diaria (AVD) e incrementar la longevidad [1,5].

A pesar de todos los beneficios descritos, es necesario recordar, que antes de realizar cualquier tipo de ejercicio o actividad física se debe contar con la autorización del especialista. También es recomendable acudir a un profesional para evaluar al adulto mayor y diseñar un programa personalizado y adaptado a los problemas médicos actuales de un paciente en concreto, así como a sus necesidades funcionales específicas.

Existen varios tipos principales de ejercicios y las personas mayores necesitan un poco de cada uno: actividades de resistencia como caminar, nadar o andar en bicicleta que desarrollan resistencia y mejoran la salud del corazón y el sistema circulatorio; ejercicios de fortalecimiento, que desarrollan tejido muscular y reducen la pérdida muscular relacionada con la edad; ejercicios para estirar los músculos, para mantener el cuerpo ágil y flexible y ejercicios de equilibrio para reducir las posibilidades de sufrir una caída [1].

Un ejercicio práctico para evaluar el equilibrio de las personas mayores es la prueba de levantarse, caminar y volverse a sentar, reducir el miedo a caerse en ancianos con historia previa de caída mediante la aplicación de un programa combinado de ejercicios y educación sanitaria es de vital importancia. Es útil saber que existen ciertas precauciones a considerar, especialmente para los que se inician en la práctica deportiva en la etapa más avanzada de la vida [1].

Sin duda, en el envejecimiento se producen cambios estructurales y modificaciones biológicas que influyen en la personalidad y rendimiento de los individuos de la tercera edad. Algunos que se mencionan son los siguientes: cambios de apariencia, modificaciones del sistema piloso: calvicie y canas en el cabello, las glándulas sudoríparas se atrofian, obstaculizan el normal proceso de sudoración y por lo tanto se tolera menos el calor, se presentan alteraciones en la motricidad, hay disminución de fuerza y aumento de grasas, los movimientos se vuelven lentos, los músculos se fatigan fácilmente y se recuperan en forma paulatina, osteoporosis, aumento de la cifosis fisiológica, disminución de las capacidades respiratorias, al bajar la intensidad de la actividad, el cuerpo necesita pocos nutrientes, pero hay aumento de peso porque los hábitos alimenticios no cambian y cambios de los porcentajes corporales, el porcentaje graso acrecienta, la masa muscular cercena y también la cantidad de agua[1].

Los adultos adquieren un efecto de protección de su salud a partir de una periódica ejercitación con buen gasto de energía, especialmente con actividades que mejoren su flexibilidad, capacidad aeróbica, resistencia y fuerza muscular[1].
Entre los deportes más recomendados para las personas mayores de 60 años están la natación, pues se practica en descarga y por tanto disminuye el esfuerzo a nivel articular de las extremidades inferiores; la resistencia del agua es constante, no brusca, y se puede variar según se coloquen las manos o los pies. No se recomienda en los ancianos con osteoporosis, tampoco debe realizarse con cifras de tensión arterial elevada y debe tenerse cuidado con los resbalones cuando se sale de la piscina[1].

Además, el ciclismo es una actividad aeróbica, reduce el efecto de la gravedad sobre las articulaciones, debiendo tener cuidado con las caídas y el golf, la marcha en llano, la pesca, el tiro con arco, los bolos, son otros de los deportes recomendados para los ancianos[1].

Está demostrado que el ejercicio físico y el deporte, imprimen al que los practica un aspecto más saludable y estético; permiten conservar mayor fuerza vital y física; ayudan a mantener y recuperar el equilibrio físico y psíquico; enlentecen la involución propia del envejecimiento del músculo esquelético, facilitan la actividad articular, previenen la osteoporosis y las fracturas óseas. También favorecen la protección cardiovascular previene la arteriosclerosis, la función endocrina, fundamentalmente de la suprarrenal (resistencia y adaptación al estrés), el equilibrio neurovegetativo y la actividad psicointelectual [1,5].

La idea es que el ejercicio físico incluya las capacidades físicas básicas, es decir, ejercicios que involucren flexibilidad, fuerza, resistencia y velocidad. Para ello, como he mencionado anteriormente, es importante que la prescripción de actividad física la lleve a cabo un técnico o un profesional especialista en el área. El adulto mayor, al igual que toda persona y deportista, debe considerar ciertas claves y ritos a seguir al momento de practicar algún tipo de ejercicio físico. Para todo tipo de deporte y actividad física es relevante no olvidar incluir ejercicios de elongación muscular previa y post actividad física, para evitar lesiones.

Se tiene que instruir al anciano que pare el ejercicio si aparece alguno de estos síntomas de exceso de ejercicio: dolor torácico, dificultad para respirar, dolor significativo de músculos o articulaciones, dolor en el cuello o la mandíbula, palpitaciones, sensación de desmayo o mareos, náuseas o vómitos y fatiga excesiva.

El que los adultos mayores realicen actividad física se relaciona directamente con un aumento en la calidad de vida, medido por los beneficios consecuentes a la implicación activa al ejercicio en diversos aspectos que proporcionan bienestar subjetivo [1,5].

Las evidencias son contundentes y numerosas; por ejemplo, se sabe que el ejercicio mejora las funciones físicas y cognitivas, el estado emocional y las relaciones sociales.

La actividad física tanto profiláctica como terapéutica en el adulto mayor estimula el optimismo, la vitalidad y la voluntad. Contribuye a la integración social, mejora calidad y disfrute de la vida y sobre todo mejora su salud [1].

A continuación se diferencian varios apartados donde se muestra la importancia del ejercicio físico en distintas áreas como son: la autoestima, enfermedad de Alzheimer, fuerza y equilibrio; y en la prevención de caídas.

AUTOESTIMA

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable que manifiesta un deterioro paulatino del organismo. Una alternativa internacional estriba en diseñar y aplicar actividades utilizando las áreas de recreación y deportivas como mejora de la autoestima en diversas edades; estas actividades físicas generan un buen estado de salud mental y espiritual, dado que un buen estado de ánimo determina una mejor calidad de vida y una mejor integración en la sociedad y en el círculo familiar. Es importante delimitar gustos y preferencias de las personas de edad avanzada para diseñar la propuesta en función de maximizar los niveles motivacionales, partiendo, entre otros ejemplos, de la evaluación antes, durante y con posterioridad de aplicar una propuesta. La recreación como ciencia debe partir de un diseño motivacional, dado que sirve como herramienta para la motivación [2,5].

EJERCICIO FÍSICO EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Diversos estudios han mostrado los efectos beneficiosos que la práctica de ejercicio físico provoca en las personas mayores, tales como aumento de la salud en general, mejora de la función cognitiva o disminución de los niveles de depresión. A pesar del aumento de la evidencia respecto a los beneficios del ejercicio en la salud y funcionalidad de las personas mayores con desórdenes cognitivos, los efectos del mismo en la Enfermedad de Alzheimer, así como la concreción de los parámetros relativos a su prescripción son todavía poco conocidos, sobre todo para los profesionales de la actividad física y la salud[6].

ACTIVIDAD FÍSICA PARA MEJORAR FUERZA Y EQUILIBRIO

Los programas de actividad física adaptados a las personas de la tercera edad que combinan ejercicios para mejorar la fuerza muscular de miembros inferiores, el equilibrio y que previenen las caídas, también son instrumentos apropiados para conservar la funcionalidad y la autonomía de las personas de la tercera edad.
En un estudio consultado se constató que las personas mayores de 65 años tienen más susceptibilidad de sufrir riesgo de caídas, debido a que la tasa de fallecimiento por estas aumenta de forma exponencial con el incremento de la edad, en ambos sexos y en todos los grupos raciales[4].

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

La realización de ejercicios neuromusculares, durante 12 semanas, 3 veces a la semana y 45 minutos, reduce de manera significativa el riesgo de caídas en adultos mayores institucionalizados. Estos resultados apoyan la importancia de realizar esta modalidad de entrenamiento para mantenerlos potencialmente activos durante su periodo de permanencia en dichos centros. El alto porcentaje de participantes que finalizaron el entrenamiento indica que es una modalidad de ejercicio que genera adhesión a su práctica cotidiana y no tiene mayor repercusión de sobrecarga en los sistemas osteoarticulares.

A la hora de prescribir un entrenamiento se tienen que tener en cuenta unas serie de aspectos metodológicos en el entrenamiento de las distintas cualidades para la prevención de caídas [8].

6. CONCLUSIONES

- Son muchos beneficios los que aporta a la vida de las personas, entre ellos la reducción del riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y colon, depresión y caídas.
- El ejercicio conlleva efectos beneficiosos sobre aspectos psicológicos y físicos en personas mayores y es, a día de hoy, el principal factor de protección frente a enfermedades asociadas con la edad. Por ello, es importante realizar ejercicio.
- Las personas que realizan algún tipo de actividad física de manera continua viven más años, disminuye la incidencia de diabetes y en caso de padecerla mejoran su control.

- Expertos coinciden en que el ejercicio en los adultos mayores mejora la calidad de vida, su salud y su autoestima. Además, para el adulto mayor es muy importante porque le ayuda a mantenerse activo en todo lo funcional de su cuerpo.
- Asimismo manifiestan que la mejor actividad física que se puede prácticas es es caminar ya que puede realizarse por la mayoría de las personas mayores durante todo el año, con un ritmo constante y duración que puede ser controlado facilmente.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Carlos Manuel CH, Vivian PN, Roberto RP, Viviana CCP, José Miguel G-MF. La actividad física terapéutica y profiláctica en el adulto mayor. Multimed. Revista Médica. Granma. 2018 (1):178-191.
- Santiago CM, Tito KD, Milton RCC, AFRT, Edison FAA. Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2016;35(4):366-374.
- MªJosé C, Guillermo L-C, Ana R. O, Alfonso J. C-L. Prevención de cáidas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. European J Investiga. 2016, 6 (2): 71-82.
- Chalapud-Narváez LM, Escobar-Almario A. Actividad física para mejorar fuerza y equilibrio en el adulto mayor. Rev Univ. Salud. 2017;19(1):94-101

- Roberto SP, José Manuel MS. Beneficios psicológicos de un programa productivo de ejercicio físico para personas mayores. Escritos de Psicología.2016, 9 (1):24-32.
- CMC Nascimiento, s. Varela, C. Ayan y JM cancela. Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la enfermedad de alzheimer. Rev Andal Med Deporte. 2016;9 (1):32-40.
- Araya M, Rodrigo A, Selaive S, Antonio R, Roco M, Carlos A. Relevancia del Ejercicio Neuromuscular sobre el riesgo de caídas en el adulto mayor institucionalizado: estudio piloto. MHSalud. 2018, 14(2). en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. European J Investiga. 2016, 6 (2): 71-82.
- Antonio JCA, Manuel ARP, Pedro JR-M, Miguel AAM. Programas de acondicionamiento físico para prevenir caídas en personas mayores. Revista de Psicología. 2018 (1):31-38.

- Felipe PV, Carol FR, Alfonso AC, Esteban DS. Funcionalidad, Fuerza y Calidad de vida en Adultos Mayores activos de Valdivia. Revista Ciencias de la Actividad Física UCM. 2015, 16 (1), 45-52.

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

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN

II. OBJETIVOS

III. RESULTADOS

IV. CONCLUSIONES

V. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El VIH es una infección que causa un progresivo deterioro del sistema inmunitario y disminuye la capacidad del organismos para combatir infecciones y enfermedades.
En las etapas avanzadas del VIH sobreviene el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), conocida por la aparición de una o varias infecciones oportunistas o tipos de cáncer.

A finales de los 80, la infección por VIH y casos diagnosticados de SIDA, se considera como una “tercer epidemia” (epidemia de respuestas sociales hacia esta infección, caracterizadas por altos niveles de discriminación y negación) .

El VIH sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos.

Hoy en día, el VIH es una enfermedad tratable que podría tener un riesgo de contagio prácticamente nulo (en caso de seguir rigurosamente las pautas del tratamiento).

Para luchar contra este estigma y sus consecuencias en la salud, hay varias medidas que son cruciales, como son: aumentar medidas de cohesión social y mejorar la atención sanitaria de los usuarios de drogas de vía parenteral, creación de grupos de apoyo para los afectados por el VIH.

OBJETIVOS

- Identificación precoz de las personas con VIH
- Conocer el manejo y tratamiento de dicha enfermedad
- Desmentir el estigma social y discriminación asociados al VIH

RESULTADOS

Como tratamiento principal hemos de destacar la prevención. El VIH se propaga sólo a través de ciertos fluidos corporales de una persona con VIH (sangre, semen, liquido preseminal, secreciones rectales, secreciones vaginales, leche materna).

La transmisión del VIH solo es posible si éstos fluidos entran en contacto con una membrana mucosa o tejido lesionado directamente en la corriente sanguínea.

El VIH también se puede transmitir de una mujer con VIH a su niño durante el embarazo, parto o mediante la leche materna. Esto se conoce como transmisión maternoinfantil de VIH.

Se estima que de cada tres personas afectadas sólo dos lo saben, por eso también se le denomina “epidemia oculta”. La identificación temprana en las personas infectadas, permite iniciar el tratamiento antes; traduciéndose esto en una menor probabilidad de infección/ transmisión.

El VIH y SIDA no tienen cura, pero existe una variedad de medicamentos disponibles para controlar el virus. Dicho tratamiento se conoce como “tratamiento antiretroviral”.

El tratamiento antirretrovírico ha modificado la historia de la infección por VIH. El tratamiento consiguió inicialmente “salvar vidas” y posteriormente suprimir los efectos indeseables graves de los fármacos. La aparición en los últimos años de nuevos fármacos con mejor perfil de seguridad permiten no sólo tratar sino incluso prevenir.

Cada clase de medicamento bloquea el virus de maneras diferentes. Actualmente, se recomienda el uso de tratamiento retroviral para todos. Se recomienda combinar ,al menos, tres medicamentos de dos clases para evitar generar cepas de VIH resistentes a los medicamentos.

A mediados de 2017, 20,9 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo. Sin embargo, solo el 53% de los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaba recibiendo el tratamiento en 2016 a nivel mundial.

También se ha avanzado en la prevención y la eliminación de la transmisión de la madre al niño, y en la supervivencia de las madres. En 2016, aproximadamente 8 de cada 10 embarazadas con VIH –1,1 millones de mujeres– recibieron antirretrovíricos.

CONCLUSIONES

La OMS ha publicado una serie de directrices normativas y ayuda a los países a formular y aplicar políticas y programas destinados a mejorar y ampliar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para todas las personas que los necesitan.

Gracias a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento con antirretrovíricos, las personas seropositivas pueden ahora vivir más tiempo y en mejor estado de salud. Además, se ha confirmado que el tratamiento con antirretrovíricos evita las transmisión del VIH.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:**

- F.Guerrero Sánchez, A.Arizcorreta Yarza, D.Gutierrez Saborido, B.Ruiz Estévez. Tratamiento de la infeccion por el VIH. Unidad de Enfermedades infecciosas. Science Direct; 2014.
- Luis Manuel Arellano. Estigma y discriminación a personas con VIH. Artuto Cosme Veladez. Textos del caracol; 2008.

- **Página WEB :**

- Medline Plus [Internet]. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine; c2009. Screening and diagnosis for HIV; 2017. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003538.htm
- Pubmed [Internet]. National Library of Medicine. Prognostic factors of a lower CD4/CD8 ratio in long term viral suppression HIV infected children; 2019. Available from: https://www.pubmed.de/gateway/nlm-pubmed/

TEMA 190. IMPORTANCIA DEL FÁCIL ACCESO A LA PRUEBA RÁPIDA DE VIH.

- NOELIA NÚÑEZ RIAL
- VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA
- SONIA ALVAREZ GRANDA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- MÉTODO
- RESULTADOS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana constituye una gran preocupación desde el punto de vista médico, político y social. Como dice Lamotte(1) el SIDA es el estadio final de una enfermedad crónica transmisible de tipo progresivo causada por retrovirus.

Actualmente, a pesar del incremento del número de casos en todo el mundo, ciertos países muestran una estabilidad como resultado de las campañas educativas y el trabajo de promoción en la prevención del VIH. La cantidad de hombres infectados es mayor que la de mujeres, pero estas se mantienen con un aumento progresivo. El comportamiento sexual homobisexual y el de número de casos por uso de drogas endovenosas, se mantiene con un incremento en todos los países.

MÉTODO

A raiz de estudios como el de Espada(2) dónde se muestra el miedo persistente, intenso e irracional al VIH por parte de la mayoría de los adolescentes españoles se vió necesario el hacer accesible en las farmacias españolas de la prueba rápida del VIH, se efectúa de forma anónima y con plenas garantías de confidencialidad, se practica con una pequeña muestra de sangre obtenida por punción en un dedo y el resultado se conoce en 20 minutos. Si es negativo, para que sea totalmente fiable y pueda descartarse la infección, es necesario que hayan transcurrido al menos tres meses desde la última práctica de riesgo.Si el resultado es positivo, debe ser confirmado con un análisis más específico en un hospital.

RESULTADOS

En el proyecto piloto realizado en diez farmacias asturianas en 2018 realizando la prueba rápida de VIH.El 71 % de los usuarios de este servicio fueron varones; el 28,8 %, mujeres y un 0,2 %personas transexuales.

El 42,6 % de los usuarios eligió el test por su rapidez. Como muestra García de Olalla(3)el retraso en el diagnóstico de la infección por el VIH es frecuente en nuestro medio y se asocia a un mayor riesgo de progresión, a una menor recuperación inmunológica, mayor toxicidad y mayor probabilidad de transmisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lamotte J.A. Infección por VIH/SIDA en el mundo actual 2014. MEDISAN vol.18 no.7.
2. Espada, J. P., Gonzálvez, M. T., Orgilés, M. y Morales, A. Validación de la escala multicomponente de fobia al sida con adolescentes españoles 2013. *Behavioral Psychology*, *21*, 449-460.
3. García de Olalla, P., Reyes, J. y Caylà, J. Retraso diagnóstico de la infección por VIH 2012. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *14*, 28-35.

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

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN DEL FENÓMENO …….. 3**
- **JUSTIFICACIÓN ……... 5**
- **CONTEXRUALIZACIÓN DEL FENÓMENO …… 6**
- **APLICACIÓN DE GUÍA OBSERVADOR PARTICIPANTE ……... 13**
- **ANÁLISIS ETIC/EMIC …… 17**
- **CONCLUSIÓN …….. 27**
- **BIBLIOGRAFÍA …… 28**

INTRODUCCIÓN DEL FENÓMENO

La globalización de las relaciones económicas responde a una dinámica productiva marcada por la competitividad. En los trabajos tecnológicamente atrasados y que, por lo tanto, requieren de un uso intensivo de mano de obra, la competitividad viene dada por la presión de los jefes a los subordinados, para lograr un abaratamiento de los costes salariales así como un incremento de la productividad por trabajador.

Para ello, es necesario que entren en escena trabajadores cuyo poder de negociación de mercado esté muy debilitado, tal como les sucede a los inmigrantes procedentes de países pobres, especialmente si no tienen regularizada su situación.

INTRODUCCIÓN DEL FENOMENO

Por lo tanto, a nivel macrosocial, las migraciones internacionales son, sobre todo, un fenómeno estructural del mercado de trabajo internacional, de las desigualdades económicas entre unos y otros países y de los desequilibrios y degradación de los sistemas políticos y socioeconómicos en los propios lugares de origen.

España ha dejado de ser un territorio exclusivamente de paso para convertirse en un lugar de destino de los flujos migratorios. Así, una imagen estereotipada e idealizada de las oportunidades que ofrece España, han servido de trampolín para que los proyectos emigratorios de los extranjeros que proceden de países pobres se dirijan a nuestro país (Izquierdo Escribano, 1996).

JUSTIFICACIÓN

En este trabajo se va a intentar explicar los fenómenos migratorios que ocurren en España (principalmente de países latinos y africanos) por medio de la inmigración que se tiene lugar en el Estrecho de Gibraltar principalmente y a través de la atención médica recibida una vez los inmigrantes han llegado a España.

El motivo principal de la elección de este tema es su componente tanto sanitario como migratorio. Por lo tanto, este trabajo muestra, desde dos perspectivas distintas (que encarnan el debate actual de la inmigración en España), la realidad de los flujos migratorios en España desde la atención médica primaria que se les realiza a inmigrantes en pateras una vez que éstas llegan a tierra.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO

España, de poseer un sistema socioeconómico caracterizado por generar de forma periódica, diversos éxodos humanos hacia el exterior, para mitigar las diferentes tensiones de diversa naturaleza que la sacudían, ha pasado a un sistema que requiere de la aportación continuada de trabajadores extranjeros para satisfacer las demandas y necesidades productivas y laborales de determinados subsectores básicos (agricultura, construcción, hostelería, servicio doméstico, etc.).

Por otro lado, la integración del Estado español en la CEE (Comunidad Económica Europea) en 1986 supuso la inserción plena de España en las relaciones socioeconómicas internacionales que ahora están contribuyendo a la globalización.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO

En cambio, a nivel microsocial, la motivación principal de la emigración suele ser la movilidad profesional, laboral y económica, aunque no de forma exclusiva. En este sentido, la búsqueda de un empleo, la mejora de la situación económica personal y familiar, la adquisición de capital para un negocio en su propio país, etc., no tienen por qué presentarse como causas únicas, sino que tienden a ser uno de los factores principales de un compendio de motivos, entre los que la inestabilidad política y/o el conflicto bélico, por ejemplo, resaltan.

Debido a la paulatina salida de la última crisis económica, los empleos peor pagados y valorados comienzan a manifestar situaciones de escasez de mano de obra autóctona.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO

De ahí que el empresario recurra a trabajadores extranjeros para cubrir sus demandas de trabajo no satisfechas por candidatos españoles. En líneas generales, se trata de empleos de baja cualificación que se desenvuelven en condiciones de trabajo precarias. Y, por otro lado, el aumento creciente de trabajadores extranjeros en nuestro país introduce elementos étnico–culturales en la segmentación del mercado de trabajo (Alcalde, 2010).

Debido a lo expuesto y en relación a este tipo de inmigración, España está viviendo actualmente un drama pues las pateras y los inmigrantes ilegales se agolpan en la frontera sur del Estado y precisan de atención sanitaria de primera necesidad, nada más desembarcar o saltar la valla de Melilla, por ejemplo.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO

El año 2018 superó todos los récords de llegadas de inmigrantes en patera. 57.250 personas lograron arribar a España el año pasado tras cruzar el Mediterráneo, según los datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). La cifra supera con creces las entradas registradas durante la crisis de los cayucos , en 2006. Según la OIM, 769 inmigrantes han fallecido o desaparecido en la ruta occidental del Mediterráneo, más del triple que en todo 2017, cuando murieron 223 personas camino de España. Son numerosos los espacios de recepción y acogida que no ha parado de recibir personas, sobre todo de origen subsahariano. Se contabilizan cientos de llegadas cada fin de semana, que supera la cifra de los arribados en semanas anteriores y así sucesivamente. De modo que no son de extrañar los cambios culturales que se están desarrollando en nuestra sociedad a raíz de los fenómenos migratorios (El País, 2019).

CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO

Los inmigrantes que llegan a las costas del sur de España, corresponden, sobre todo a dos zonas; la marroquí y la subsahariana:

Marruecos:

En cuanto al Índice de Desarrollo Humano o IDH, que elabora las Naciones Unidas para medir el progreso de un país y que muestra el nivel de vida de sus habitantes, indica que los marroquíes tienen una mala calidad de vida ("Marruecos: Economía y demografía," 2019).

Las costas de Tarifa se han convertido en el principal destino del colectivo marroquí. Por una cifra que oscila entre los 1.200 y los 1.500 euros, cantidad que varía en función del precio que haya establecido "el empresario", las mafias ofrecen a los marroquíes hasta tres intentos para llegar a nuestras costas.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO

África subsahariana:

El 33% de la población en el África subsahariana está desnutrida, frente al 17% de media en los países en desarrollo. La proporción de personas desnutridas en África central alcanza el 55%. El número de crisis alimentarias que cada año se producen en África Subsahariana se ha triplicado en los últimos 20 años. La población rural, los pequeños propietarios, las comunidades dedicadas al pastoreo nómada y las mujeres son los grupos más vulnerables (El Mundo, 2006). Los subsaharianos suelen comprar la embarcación por un precio de unos 15.000 euros y son ellos mismos quienes manejan la embarcación. Muchos de los que consiguen llegar, lo hacen con hipotermias, insolaciones, deshidratados y con quemaduras producidas por la mezcla del gasóleo y el agua salada.

CONTEXTUALIZACIÓN DEL FENÓMENO

Para responder a estas situaciones, Cruz Roja Española dispone del “Programa de Emergencias”, cuyos objetivos son:

- Ayuda en el rescate marítimo
- Distribución de ayuda humanitaria (agua, alimentos, mantas, ropa seca, etc.)
- Atención médica primaria y medicamentos
- Actuación como mediadores sociales
- Búsqueda de soluciones (alojamiento, derivación a otras localidades con actividad laboral, etc.) y asesoramiento (Cruz Roja Española, 2002).

APLICACIÓN DE GUÍA OBSERVADOR PARTICIPANTE

La guía de observación participante (Deslauriers, 1991; Spradley, 1980), se ha podido aplicar al contrastar las numerosas noticias y declaraciones de los actores sociales implicados en la problemática sobre la falta de calidad en la atención médica para los inmigrantes ilegales y de los discursos acerca de lo que éstos aportan a la sociedad de destino. Gracias a ello, se ha podido investigar e interpretar tanto las actividades como los fines y acontecimientos de este tipo de sucesos.

- **Lugar:** Estrecho de Gibraltar, Costas de Motril, Tarifa y/o Algeciras (Machado, 2018)
- **Actores:** Inmigrantes ilegales, personal sanitario y asociaciones, personal de salvamento Español y los propios partidos políticos (Machado, 2018).

APLICACIÓN DE GUÍA OBSERVADOR PARTICIPANTE

- **Hechos:**
- Actividad: Atención sanitaria a inmigrantes llegados en situación ilegal. Según palabras de los propios sanitarios es “una olla a presión a punto de estallar” (Machado, 2018).
- Objeto: pateras, material médico y centros de acogida y atención.
- Actos: Salvar a inmigrantes de morir ahogados, curarlos, tratarlos de hipotermia.
- Acontecimientos: Los partidos políticos de derechas abogan por una repatriación y por un control de medios que los españoles dedican al salvamento en el estrecho. Los de izquierdas, por humanidad, no creen que sea un esfuerzo económico tan grande y mucho menos que haya que escatimar.

APLICACIÓN DE GUÍA OBSERVADOR PARTICIPANTE

- Aun así, los gobernantes de izquierdas también abogan por una cooperación entre países, como argumentaba la entonces presidenta de la Junta de Andalucía, Susana Díaz: “tiene que haber una política de responsabilidad compartida en Europa; no puede quedar a la voluntad de los gobiernos o que se mire para otro lado lo que está pasando en el sur” (Machado, 2018).
- Tiempo: Durante los últimos 30 años, con el auge de la globalización y las crisis humanitarias en países más pobres.
- Fines: Los políticos intentan gestionar y el personal sanitario atender debidamente pero el verdadero drama lo sufren los inmigrantes, los cuales o huyen de algún conflicto armado y/ o de la miseria o intentan prosperar en otro país.

APLICACIÓN DE GUÍA OBSERVADOR PARTICIPANTE

- Sentimientos: Soledad, abandono y discriminación por parte de los inmigrantes y frustración e impotencia por parte del personal sanitario: “Estamos saturados y desbordados”. (Machado, 2018).

ANÁLISIS EMIC/ETIC

La utilización de unas determinadas técnicas de investigación etnográfica, observación participante y entrevista en profundidad o historia de vida, se relaciona con el punto de vista desde el que se construye un discurso y como este se analiza. La utilización de la perspectiva emic/etic, propuesta por Kenneth Pike (1967) y muy utilizada por Marvin Harris (1980), entiende dos maneras de acercarnos a la realidad y de analizar y construir el discurso.

La perspectiva *Etic*, que encuentra la racionalidad fuera del sistema (outsider), utiliza la observación participante. El interés, el enfoque, es el del investigador/a que observa y proporciona descripciones a través de su percepción. Esta perspectiva es la encargada de proporcionar el contraste a la realidad, a lo que se dice en la entrevista.

ANÁLISIS EMIC/ETIC

La perspectiva *Emic*, que encuentra la racionalidad dentro del sistema (insider), utiliza la entrevista, mediante la que recoge el discurso de los y las informantes, es diálogo, recoge discurso ajeno, la percepción de los otros. Esta perspectiva es la encargada de dar sentido a las acciones que se observan.

A grandes rasgos, las respuestas a dichas cuestiones han tomado dos caminos. Por un lado, hay quienes dicen que los motivos de la conducta social sólo pueden ser entendidos por la explicación que hacen los propios actores sobre dichos motivos. Esta sería una postura *emic*. Y por otro lado, hay quienes dicen que las conductas sociales, y sus motivos, pueden ser explicadas por medio de la observación directa de alguien externo. Esta sería una postura *etic*.

ANÁLISIS EMIC/ETIC

En la situación que ocupa a este estudio, tendríamos dos posturas o visiones que serán desarrolladas: un punto de vista sería el que los inmigrantes del estrecho de Gibraltar no contribuyen a este cambio cultural en la sociedad, sino que no se van a adaptar al país de destino y otro punto de vista sería que esta migración responde a la globalización y la adaptación de la masa inmigrante al país de destino contribuye a que la sociedad esté sufriendo cambios culturales.

ANÁLISIS EMIC/ETIC

La postura *emic* principal sería las razones esgrimidas por cada uno de los actores de esta problemática:

- La ciudadanía según la ideología y en consonancia con los políticos, tiene dos versiones muy diferentes del problema. Los ciudadanos de derechas sienten como una ofensa o robo que se destinen recursos a gente que según ellos: “vienen a quitarnos el trabajo, a que les mantengamos o a delinquir”. Los de izquierdas ven esta problemática como una consecuencia directa del sistema capitalista y de las desigualdades y crisis humanitarias que han sido provocadas, en gran medida, por sistemas que ahora son reticentes a prestar ayuda a las víctimas.

ANÁLISIS EMIC/ETIC

- La visión de los inmigrantes es que llegan a otro país para prosperar, porque la situación en su país es insostenible y se juegan la vida por poder salir de la miseria de sus países de origen. Se juegan la vida, literalmente.

- La perspectiva del personal sanitario es de hacinamiento, falta de recursos y de frustración ante la visión de ver morir, ahogados o por las inclemencias del tiempo, a mucha gente cada día de trabajo.

ANÁLISIS EMIC/ETIC

En cambio la postura *etic*, la cual se centra en la visión del investigador sería la siguiente:

- Para estudiar relaciones de alteridad (capacidad para situarse en la perspectiva del otro) hemos de considerar que se trata de relaciones que son cambiantes. Igual que las categorías sociales que dan lugar a las mismas (género, clase social, "raza"/etnia…), las relaciones de alteridad también son versátiles: no significaba lo mismo ser inmigrante extranjero en Europa hasta los años setenta (en un periodo de crecimiento de las economías industriales de algunos países de recepción) que hoy (en esos mismos países caracterizados por un momento de recesión económica).

ANÁLISIS EMIC/ETIC

- Las relaciones de alteridad son percibidas de distinta manera por cada individuo y lo que para una persona puede ser interpretado como una posición y/o situación de subordinación para otra puede ser interpretado de manera totalmente distinta.
- Como observador, se ha de reconocer que la realidad es compleja y tiene varios niveles. Todas las posturas tienen fundamentos reales pero hay bastante de adoctrinamiento político; es cierto que se dedican esfuerzos económicos al salvamento de inmigrantes pero no es ni mucho menos una lacra para la sociedad. La población inmigrante cumple una función económica y no es otra que la realización de trabajos poco cualificados a un precio, a veces, abusivos por parte de los jefes.

ANÁLISIS EMIC/ETIC

El inmigrante, si lo es, no es por placer sino porque, claramente, está huyendo de algo. Este “algo” suele estar provocado por otras personas, a menudo con más recursos, de modo que la visión de que huyen de algo que hemos provocado, de alguna manera, nosotros suele ser bastante acertada.

Tampoco es menos cierto que en el proceso de adaptación, el choque cultural puede ser fuerte y aumentar la delincuencia en zonas donde los inmigrantes que han conseguido llegar a España, no están consiguiendo trabajo y están obligados (o acostumbrados en sus países de origen) a malvivir.

ANÁLISIS EMIC/ETIC

Punto de encuentro entre ambas visiones:

- La versión más neutral es la de los sanitarios, pues se centran en lo material; por ejemplo, si hacen falta 100 camas para acoger a una puntual llegada de inmigrantes y solo disponen de 50, faltan recursos y tienen que dejar sin atender a 50 personas. Son números y éstos son neutros. La interpretación es la que no lo es. Los sanitarios son los grandes olvidados de esta problemática.

ANÁLISIS EMIC/ETIC

- En general, la problemática de la inmigración es un tema complejo y candente casi para cualquier país. En ella hay tres aspectos clave asociados como son “dar el salto” que envolvería todos los prolegómenos, tanto mentales como materiales, para decidirse a emigrar; “buscarse la vida” respondería a todo lo asociado a la ubicación en el país de destino, a menudo hostil tanto a nivel socioeconómico como de integración, es decir, luchar por obtener estatus y, por ultimo “acomodarse” en el que el inmigrante habría superado esa aclimatación en un ambiente difícil y habría obtenido un estatus en esa sociedad de acogida (Izquierdo Escribano, 1996).

CONCLUSIÓN

- Se podría concluir que el individuo que emigra sufre por varios periodos de aclimatación al lugar y cultura de destino, que la salud es mermada de diferente manera según el inmigrante se encuentre en una fase u otra de la adaptación y que la percepción occidental de atención y cuidado no tiene por qué coincidir con la percepción de otras culturas (a menudo no lo hacen). La tolerancia con los inmigrantes depende mucho de la existencia o no de una crisis económica en el país de destino, y de la fase de adaptación en la que se encuentre el inmigrante o la velocidad de cambiar de fase de éste.

BIBLIOGRAFÍA

Actuaciones de emergencia. (n.d.). Retrieved October 1, 2019, from http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=174,12072062&_dad=portal30&_schema=PORTAL30

Andrés Machado. (2018). La inmigración desde la frontera española: "No se puede aguantar, es una olla a presión y agosto será peor" | España. Retrieved October 1, 2019, from https://www.elmundo.es/espana/2018/07/29/5b5cb8af46163fd1188b463a.html

datosmacro. (2019). Marruecos: Economía y demografía 2019 | datosmacro.com. Retrieved October 1, 2019, from https://datosmacro.expansion.com/paises/marruecos

BIBLIOGRAFÍA

ELMUNDO. (2006). Datos básicos sobre la situación de África | elmundo.es. Retrieved October 1, 2019, from https://www.elmundo.es/elmundo/2006/07/21/solidaridad/1153503794.html

Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras. (2002). *La evolución demográfica: impacto en el sistema económico y social*. Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras. Retrieved from https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=3451

JUANA VIÚDEZ. (2019). Récord de pateras y de muertes de inmigrantes en 2018 | España | EL PAÍS. Retrieved October 1, 2019, from https://elpais.com/politica/2019/01/01/actualidad/1546358453_870531.html

BIBLIOGRAFÍA

LUCAS DE LA CAL. (n.d.). La inmigración desde la frontera marroquí: "Hacemos el trabajo sucio mientras España hace de buena" | España. Retrieved October 1, 2019, from https://www.elmundo.es/espana/2018/07/29/5b5cba6a46163fd43e8b4667.html

Olga R. Sanmartín. (2018). La inmigración es un problema grave para el 40% | España. Retrieved October 1, 2019, from https://www.elmundo.es/espana/2018/07/15/5b49f24922601d43678b4578.html

BIBLIOGRAFÍA

Olga R. Sanmartín. (2018). La inmigración es un problema grave para el 40% | España. Retrieved October 1, 2019, from https://www.elmundo.es/espana/2018/07/15/5b49f24922601d43678b4578.html

PIZARRO ALCALDE, F. (n.d.). LA TEORÍA DE LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA: RECURSOS DIDÁCTICOS. Retrieved from https://www.raco.cat/index.php/ensenanzacs/article/viewFile/191364/257211

BIBLIOGRAFÍA

Rafael Puyol Antolín. (n.d.). La inmigración española: ¿solución demográfica o económica? Retrieved from http://www.familiasdealbacete.org/sites/default/files/userfiles/file/inmigracionsp.pdf

Roy, P. (2006). *Reoviruses: entry, assembly and morphogenesis : with 4 tables*. *Crítica, ISSN 1131-6497, Nº. 838, 1996 (Ejemplar dedicado a: La enseñanza cara a cara), págs. 62-62*. Springer. Retrieved from https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5618850

BIBLIOGRAFÍA

(“Actuaciones de emergencia,” n.d.; Andrés Machado, 2018; datosmacro, 2019; ELMUNDO, 2006; Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras., 2002; JUANA VIÚDEZ, 2019; lUCAS DE LA CAL, n.d.; Olga R. Sanmartín, 2018; PIZARRO ALCALDE, n.d.; Rafael Puyol Antolín, n.d.; Roy, 2006)

TEMA 192. CONSTANTES VITALES.

- **ÁNGELA ROMERO RODRÍGUEZ**

ÍNDICE

- Técnicas
- Conceptos básicos
- Temperatura corporal
- Respiración
- Pulso
- Tensión arterial

TÉCNICAS

Para valorar el estado del paciente, además de la observación y del examen físico, se debe de medir los datos objetivos relacionados con una serie de parámetros, que constituye los denominados signos o constantes vitales:
Temperatura, pulso, tensión arterial y presión venosa central.
Una de las funciones del personal auxiliar es la de participar en la aplicación de técnicas y cuidados de enfermería al paciente. Su labor consistirá en colaborar con el DUE en la realización de estas tareas..

CONCEPTOS BÁSICOS

Cuando el cuerpo no funciona correctamente existen cambios medibles en una serie de parámetros que llamamos signos o constantes vitales, los cuales nos permiten valorar el estado de un paciente con rapidez.

Las constantes vitales son: Temperatura corporal, respiración, pulso, Tensión arterial

A lo largo del día se realizará una medición de cada una de ellas cada 12 horas y sus resultados se recogen en una gráfica y se deberán tener en cuenta las siguientes normas generales:

- Verificar el nombre del paciente
- Escribir con letra clara y legible
- Asegurarnos de que estamos anotando la cifra en el lugar correcto

Si algunas de las cifras es anormal, comunicarlo al DUE.

TEMPERATURA CORPORAL

Es el grado de calor que tiene el cuerpo como consecuencia del equilibrio mantenido entre el calor originado por nos mecanismos de producción de calor y el calor perdido por el organismo. Se puede medir: bucal, axilar, rectal, timpánica.

- Alteraciones de la temperatura

Se dice que está alterada cuando difiere de los valores considerados normales, ya que se encuentre por debajo de ellos o porque los supere. Los valores normales oscilan entre 36º y 37ºC cuando se toma en la axila y hasta medio grado por encima si se toma en el recto, en la boca o en el conducto auditivo externo.

TEMPERATURA CORPORAL

*Disminución de la temperatura
También llamado hipotermia. Por debajo de los 35ºC.
*Elevación de la temperatura, También llamado hipertermia, pirexia o fiebre. Es un aumento de la temperatura corporal como consecuencia de enfermedad que esta por encima de los 37.1ºC-40.5ºC.

Se clasifica en:

- Febrícula: cuando no supera los 38ºC
- Fiebre ligera: entre 38º y 38.5ºC
- Moderada: hasta 39.5ºC
- Alta: hasta 40.5ºC
- Muy alta: cuando es mayor de 40.5ºC

TEMPERATURA CORPORAL

- Tratamiento

Tiene dos pilares fundamentales:

*Etiológico: Es el tratamiento de la pirexia atendiendo a la causa que la origina.

*Sintomático: Consiste en combatir la fiebre y los síntomas que de ella se derivan pero sin hacer frente al agente casual. Se basa en la aplicación de medidas físicas y la administración de fármacos antipiréticos que actúan sobre los centros termorreguladores.

- Medición

Se realiza con un instrumento llamado termómetro.

Existen varios tipos: Vidrio, electrónico, rayos infrarrojos, de papel, plástico o tiras
reactivas.

RESPIRACIÓN

- Frecuencia: es el número de respiraciones por minuto. En recién nacidos y en niños es mayor:30-40 rpm y 26-30rpm en el primer año de vida, en adultos oscila entre 12-18 rpm.
- Profundidad: es la cantidad de aire que entra y sale con cada movimiento respiratorio.
- Ritmo: es la regularidad entre los movimientos inspiratorios y espiratorios. En condiciones normales no hay pausa entre unos movimientos y otros.
- Simetría: es la similitud de trabajo de ambos pulmones.

RESPIRACIÓN

- Alteraciones

Eupnea: respiración normal entre 12-18 rpm.

Taquipnea: frecuencia respiratoria mayor 20-24 rpm.

Bradipnea: frecuencia respiratoria menos de 10 rpm.

Hiperpnea: aumento de la profundidad de la respiración, es decir, del volumen de aire respirado,

Hiperventilación o sobrerrespiración: es el estado de respiración acelerada y/o más profunda que lo necesario, reduciendo la concentración del dióxido de carbono de la sangre por debajo de lo normal.

Disnea: respiración dificultosa por el déficit del aporte de oxígeno.

Ortopnea o Disnea de decúbito: incapacidad para respirar en posición horizontal.

RESPIRACIÓN

Respiración estertorosa: respiración con ruidos anormales que implican presencia de secreciones bronquiales.

Respiración asmática: respiración con inspiraciones cortas sin obstáculos y espiraciones prolongadas y sibilantes.

Respiración de Cheyne-Stokes: aumento gradual de la profundidad hasta llegar a un máximo, seguido de un descenso gradual haciéndose cada vez más superficial hasta
cerrar el ciclo con una pausa de apnea.

RESPIRACIÓN

Respiración de Biot: ciclos respiratorios completamente anárquicos, tanto en profundidad como en ritmo y con numerosas pausas de apnea. Respiración con
ritmo y frecuencia irregulares.

Respiración de kussmaul o Acidótica: aumento de la frecuencia y profundidad en la respiración. Es profunda y rítmica con aumento de la frecuencia con pausas entre
inspiración y espiración entre cada movimiento respiratorio.

- Medición

La respiración está bajo el control voluntario pudiendo modificarse si el paciente lo desea por eso sería conveniente no explicar al paciente el procedimiento a realizar
Para la medición es necesario un reloj con segundero.

PULSO

- Características

Frecuencia: número de pulsaciones por minuto. hay factores que influyen como la edad, el ejercicio, la temperatura y las emociones.

Ritmo: es la cadencia con la cual una pulsación sigue a otra. Si están separados los latidos por espacios de tiempo iguales decimos que el pulso es rítmico o regular; en caso contrario decimos que es arrítmico o irregular.

Intensidad: es la fuerza de la sangre en cada latido. El pulso normal se aprecia como lleno y palpitante. Si la fuerza es escasa y se comprime fácilmente con los dedos, decimos pulso débil.

PULSO

- Alteraciones

*Según la frecuencia:

Bradicardia: cuando la frecuencia de pulso en inferior a 60 ppm.

Taquicardia: cuando la frecuencia de pulso es superior a 100 ppm.

*Según el ritmo:

Arritmico o irregular: latidos separador entre sí por intervalos distintos de tiempo.

Bigeminado: los latidos se agrupan de dos en dos.

Trigeminado: los latidos se agupan de tres en tres.

PULSO

- Medición

El pulso se tomará siempre en una arteria accesible al ser presionada sobre un plano óseo con un reloj segundero.

Radial: en la muñeca.

Temporal: entre la oreja y la ceja.

Carótido: en el cuello.

Humeral: en la flexura del codo en la cara anterior del brazo.

Poplíteo: en la cara posterior de la flexura de la rodilla.

Pedio: en el dorso del pie, entre el pulgar e índice.

Femoral: en la ingle.

Central o apical: se realiza por auscultación directa en el corazón a la altura del 5º espacio intercostal.

TENSIÓN ARTERIAL

Hay dos tipos de tensión arterial.

Tensión o presión sistólica(PAS): En el momento de la contracción cardiaca o sístola es cuando la tensión arterial es mayor.

Tensión o presión arterial diastólica(PAD): Entre dos sístoles cardiacas, el corazón se encuentra en reposo o en fase diástole, es entonces cuando la tensión es menor.

TENSIÓN ARTERIAL

- Medición

Puede hacerse mediante métodos invasivos o directos, a partir de la instalación previa de una línea arterial; o métodos indirectos o no invasivos, auscultando una arteria sobre la que se aplica una presión extrema.
Para si medición se necesitaría un instrumento llamado esfigmomanómetro también llamado manguito de presión.

TENSIÓN ARTERIAL

- Alteraciones

Se produce cuando los valores de la misma en el paciente están por encima o por debajo de lo establecido como normales en relación a su edad.

*Hipertensión arterial: Los valores están por encima de 140-90 mmHg

*Hipotensión arterial: Los valores están por debajo de 120-60 mmHg.

BIBLIOGRAFÍA

- **Página WEB :**

- http://saludmapfre.es
- http://medineplus.gov
- http://elmedicointeractivo.com
- http://es.wikipedia.org

TEMA 193. CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA EN LA CIUDAD DE MURCIA Y MEDIDAS DE ACTUACIÓN

- **MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**

Indice

- Definición de medio ambiente y contaminación atmosférica.
- Características de la Ciudad de Murcia.
- Principales contaminantes del aire.
- Enfermedades relacionadas con la contaminación ambiental.
- Actuación frente a la exposición a la contaminación ambiental.
- Planes de actuación frente a la contaminación ambiental en la ciudad de Murcia.
- Medidas en PRL de trabajadores expuestos a la contaminación ambiental.
- Conclusiones.

Medio ambiente

- El art. 45 de la Constitución Española de 1978:

1º. Derecho de los ciudadanos a disfrutar de un medio ambiente adecuado para su desarrollo.

2.º Deber de conservarlo.

3º. Obligación de los poderes públicos de un uso racional de los recursos, para asegurar la calidad de vida y poder defenderlo y restaurarlo.

Contaminación atmosférica
(Ley 34/2007, de 15 de noviembre).

Presencia en la atmósfera de todo aquello que implique molestia, riesgo o daño para la seguridad o salud de las personas, el medio ambiente y demás bienes de cualquier naturaleza.

En la Ciudad de Murcia:

4 de cada 5 habitantes de la Región de Murcia, en torno a 1,2 millones, respiraron en 2018 aire contaminado y estuvieron expuestos a niveles de contaminación atmosférica por encima de los recomendados por la OMS, según Ecologistas en Acción.

Características de la Ciudad de Murcia.

Difícil dispersión de los contaminantes.

-Se sitúa en una depresión prelitoral, rodeada por rebordes montañosos que delimitan el valle al norte y al sur.

-Condiciones meteorológicas(clima semiárido cálido con una temperatura media de 18ºC con precipitaciones que se concentran en pocos días y escasas rachas de viento).

Características de la Ciudad de Murcia.

Habitantes y parque automovilístico.

Aumento en 200.000 habitantes en los últimos 70 años con el consecuente aumento del parque automovilístico, con 707 automóviles por cada 10000 habitantes.

Principales contaminantes del aire.

PM_{10} y $PM_{2,5}$.

¿Qué son?

Partículas sólidas o líquidas de polvo, cenizas, hollín, partículas metálicas, cemento o polen.

¿Componentes?

Compuestos inorgánicos como silicatos y aluminatos, metales pesados entre otros, y material orgánico asociado a partículas de carbono (hollín).

Principales contaminantes del aire.

PM_{10} y $PM_{2,5}$.

¿Procedencia?

- Polvo resuspendido en la atmósfera.
- Industria.
- Construcción.
- Transporte rodado.
- Quemas agrícolas.
- Origen doméstico.

Principales contaminantes del aire.

Características $PM_{2,5}$:

-Proceden sobre todo de fuentes de combustión.

-Más peligrosas, al ser inhaladas, alcanzan zonas periféricas de los bronquiolos y alterar el intercambio pulmonar de gases.

Principales contaminantes del aire.

PM_{10} y $PM_{2,5}$.

En cuanto a la Ciudad de Murcia es de especial importancia el control de esta materia particulada debido a la aridez de la zona y a la intrusión episódica de polvo sahariano.

Principales contaminantes del aire

Ozono(O_3).

-Principal componente de la niebla tóxica.

-Procede de la reacción de la luz solar (fotoquímica)con contaminantes como los NOx y COVs de las emisiones de vehículos o la industria.

-Los niveles más elevados se registran durante los períodos de tiempo soleado.

Principales contaminantes del aire.

DIÓXIDO DE NITRÓGENO (NO_2).

-Es la fuente principal de los aerosoles de nitrato, que constituyen una parte importante de las $PM_{2.5}$.

-Las principales fuentes de emisiones antropogénicas de NO_2 son los procesos de combustión (calefacción, generación de electricidad y motores de vehículos y barcos).

Principales contaminantes del aire

DIÓXIDO DE AZUFRE (SO_2)

-Se genera con la combustión de fósiles (carbón y petróleo) y la fundición de minas que contienen azufre.

-Usados para la calefacción doméstica, la generación de electricidad y los vehículos a motor.

Principales contaminantes del aire

COMPUESTOS ORGÁNICOS VOLÁTILES (COV).

- Hidrocarburos que se presentan en estado gaseoso a la temperatura ambiente normal o que son muy volátiles a dicha temperatura

- Benceno, tolueno y xilenos (BTX's) son especialmente significativos a causa de sus efectos sobre la salud humana y su importante presencia en las gasolinas.

Enfermedades relacionadas con la contaminación ambiental.

La OMS informa de que 1 de cada 8 del total de muertes en el mundo, fueron como consecuencia en 2018, de la exposición a la contaminación atmosférica.

PM_{10} y $PM_{2,5}$

- Reducción de la función pulmonar.
- Agravamiento del asma y bronquitis crónica.
- Muerte prematura.
- Infecciones respiratorias.
- EPOC y exacerbación de la misma.

COMPUESTOS ORGÁNICOS VOLÁTILES (BENCENO, HIDROCARBUROS AROMÁTICOS POLICÍCLICOS (HAP).

- Cáncer, leucemia .
- Afecciones teratogénicas y mutagénicas
- Efectos tóxicos sobre el sistema inmunológico.
- Afección al ciclo reproductivo de hombres y mujeres.
- Desarrollo de arterosclerosis.

Ozono(O_3).

- Irritación en la garganta, sensación incomoda en el pecho.
- Reducción de la función pulmonar.
- Agravamiento de enfisema y bronquitis.
- Reducción de la capacidad del sistema inmunológico para defender al sistema respiratorio de infecciones.

OTRAS ENFERMEDADES RELACIONADAS.

- Diabetes tipo II(en relación con COP).
- Bajo peso al nacer (O_3 y $PM_{2,5}$).
- Defectos congénitos cardiacos.

ACTUACIÓN FRENTE A LA EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES AMBIENTALES.

- Dependerá del contaminante y de si se trata de exposiciones a contaminantes físicos, químicos o biológicos.

- Determinación cuantitativa y cualitativa (normalmente mediante mediciones higiénicas) del nivel de presencia y empleo de criterios de evaluación con los que compararla.

ACTUACIÓN FRENTE A LA EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES AMBIENTALES.

- Evaluación de la exposición:

-Del trabajador al contaminante (concentración o intensidad y del tiempo de exposición).

-Metodología: del contaminante en concreto.

ACTUACIÓN FRENTE A LA EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES AMBIENTALES.

- Valor límite ambiental (VLA)evaluación de la exposición por vía inhalatoria mediante la medición de la concentración ambiental del contaminante y posterior comparación con un valor de referencia.

- VLA-ED (valor límite ambiental de exposición diaria).

- VLA-EC (valor límite ambiental de exposición de corta duración).

PLANES DE ACTUACIÓN ANTE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN LA CIUDAD DE MURCIA

- La calidad del aire de la ciudad de Murcia se mide a través de la estación atmosférica denominada “San Basilio”.
- Esta Red persigue los siguientes objetivos:
  - Cumplir con los criterios de calidad y garantía exigidas en la normativa europea.
  - Establecer Planes de actuación a corto plazo y de mejora de calidad del aire.
  - Informar a la población de las obligaciones derivadas de la normativa europea.

PLANES DE ACTUACIÓN ANTE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN LA CIUDAD DE MURCIA.

Esta estación mide los siguientes parámetros atmosféricos:

-Dióxido de azufre.

-Monóxido de nitrógeno.

-Dióxido de nitrógeno: NO_2.

-Óxidos de nitrógeno.

-Monóxido de carbono.

-Partículas: PM_{10}.

-Ozono: O_3.

PLANES DE ACTUACIÓN ANTE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN LA CIUDAD DE MURCIA.

MEDIDAS DE ACTUACIÓN DEL AYUNTAMIENTO DE MURCIA:

1. Movilidad sostenible.
2. Concienciación ambiental en la ciudadanía.
3. Instrumentos económicos/administrativos de protección del medio ambiente.
4. Actuaciones concretas: nivel de aviso, episodio de contaminación y nivel de alerta (PM_{10}, O_3, SO_2 y NO_2).

¿Y con respecto a los trabajadores expuestos a la contaminación ambiental?

Tras intentar realizar recogida de información en el Instituto de Seguridad y Salud laboral, en la Conserjería de Medio Ambiente y en los sindicatos se llega a la conclusión de que:

No existe ningún Plan de prevención de riesgos laborales para los trabajadores expuestos a la contaminación ambiental en la Ciudad de Murcia.

Medidas en PRL de trabajadores expuestos a la contaminación ambiental.

1.Reconocimientos médicos periódicos.

- Obligatorios para los trabajadores expuestos a la contaminación ambiental, con espirometría incluida, al menos 2 al año.

- Modificar el puesto de trabajo a trabajadores con enfermedades pulmonares de base o susceptibles a la contaminación.

2.En caso de aviso o en caso de alerta por contaminación.

- Adoptar medidas de protección de las vías respiratorias con mascarillas filtrantes de gases y vapores.

- Limitar el tiempo en la vía pública en las horas de mayor incidencia de contaminación, fundamentalmente la de mayor exposición solar (verano) ya que el ozono se forma por la reacción con la luz solar (fotoquímica) de contaminantes.

3.Renovación de la dotación de vehículos.

- Sustituir toda la flota de la que dispone el Ayuntamiento a vehículos eléctricos, o híbridos. Reduciendo así los niveles de contaminación directa que recibirían estos colectivos.

Conclusiones.

1. Los contaminantes ambientales (PM_{10}, NO_2, O_3, SO_2 y compuestos orgánicos) producen enfermedades respiratorias, cardiovasculares, endocrinológicas y diferentes tipos de cáncer, que merman la calidad de vida y producen muertes prematuras, no solo de los trabajadores expuestos a los mismos, sino en la población en general.

2. Es fundamental incluir en los protocolos de actuación del Ayuntamiento de Murcia la medición de las partículas PM2,5 ya que éstas son las más perjudiciales para la salud humana y no se realizan mediciones de las mismas.

3. Realización de un protocolo en PRL, para trabajadores expuestos a la contaminación ambiental en la Ciudad de Murcia.

Bibliografía.

1. Dirección General del Medio Ambiente. Borrador plan regional Murcia calidad del aire. Murcia; 2014-2018.

2.Riojas López H, Zuñiga Bello P. Efectos en la salud por la contaminación atmosférica en México. Ciudad de México; 2017.

3.Ayuntamiento de Murcia. Diagnóstico ambiental del municipio de Murcia. Murcia 2018.

Bibliografía.

- 4. Kryworuchko J, Stacey D, Bai N, Graham ID.. Twelve years of clinical practice guideline development, dissemination and evaluation in Canada (1994 to 2005). Implement Sci. 2009; 4: 49.
- 5. Plaza V, Bellido-Casado J, Alonso-Coello P, Rodrigo G. Guías de Práctica Clínica para el asma. Luces y sombras. Arch Bronconeumol. 2009; 45(Supl1): 25-9.
- 6. Boulet LP, FitzGerald MJ, Levy ML, Cruz AA, Pedersen S, Haahtela T et al. A guide to the translation of the Global Initiative for Asthma (GINA) strategy into improved care. Eur Respir J. 2012; 39: 1220-29.

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

INDICE

1. Introducción
2. Objetivos
3. Abordaje psicosocial en el paciente renal en tratamiento renal sustitutivo
4. Resultados
5. Observaciones y precauciones
6. Conclusiones
7. Bibliografía

INTRODUCCION

La Enfermedad renal crónica avanzada(ERCA) se define como la enfermedad renal crónica que cursa con un descenso grave del filtrado glomerular(FG< 30ml/min).Supone un estrés vital que altera la vida del paciente y la de sus familiares, ya que precisan de un tratamiento renal sustitutivo del que dependen sus vidas . Por lo tanto, resulta necesario que los profesionales sanitarios trabajen de manera global teniendo en cuenta los aspectos no únicamente físicos sino también psicológicos o emocionales, sociales y espirituales del paciente.

Dicha nueva situación provoca que en muchas ocasiones aparezcan trastornos emocionales(estrés, ansiedad y depresión) o alteraciones emocionales (cambios de humor, deterioro de las relaciones, negatividad, alteraciones del sueño, alteraciones a nivel sexual, inseguridad e incertidumbre ante el futuro…etc.).

La entrada en diálisis es crucial en estos pacientes, y el impacto emocional depende de la valoración que cada uno haga sobre su situación y de las herramientas con las que cuenta para afrontarla.
Los pacientes en tratamiento renal sustitutivo cuentan con diversos factores que provocan en ellos una situación psicológica compleja. Dichos factores, como son la restricción hídrica, el control de la dieta, la dependencia a la maquina, el transporte sanitario y el tratamiento farmacológico entre otros, producen grandes pérdidas de autonomía y la pérdida de condición de persona “sana”. Al igual que toda pérdida requieren pasar por un duelo, en muchas ocasiones asociado a la depresión, ansiedad y sentimientos de tristeza.

Por ello resulta indispensable la actuación de los profesionales sobre los aspectos psicosociales, pudiendo mejorar la adaptación del paciente y su familia a su nueva vida y pudiendo de la misma manera reducir elementos estresores que pudieran obstaculizar dicha adaptación.

Se debe prestar atención especial igualmente al cuidador principal del paciente, ya que para dicho sujeto la nueva situación de salud le influye de manera muy directa y provoca multitud de cambios a distintos niveles; roles familiares, organización en su domicilio, cambios laborales…etc.
El apoyo social que los profesionales sanitarios deben brindar a los cuidadores principales es crucial, para así evitar muchos de los problemas que se pudieran derivar como son:

- La sobrecarga.
- Frustraciones.
- Estados emocionales negativos.
- Aislamiento social.
- Desgaste físico y emocional.

El apoyo social puede modificar la experiencia del cuidado y contribuir entonces al bienestar del cuidador, ya que el inicio del paciente en tratamiento renal sustitutivo provoca un gran impacto tanto en él como en sus familiares sin duda alguna.

OBJETIVOS

1. Identificar aquellos aspectos que para el paciente supongan una amenaza para su estabilidad psicosocial y actuar frente a ellos.
2. Favorecer la adaptación del paciente y familia a su nueva situación de salud, procurando reducir el estrés que ello puede provocar.
3. Valorar la necesidad de derivar al paciente a otros profesionales (psicólogos, trabajadores sociales).
4. Orientar a los profesionales sanitarios en su actuación frente a problemas psicosociales que puedan surgir.

ABORDAJE PSICOSOCIAL EN EL PACIENTE RENAL EN TRATAMIENO RENAL SUSTITUTIVO

Pautas a seguir por los profesionales sanitarios para un buen abordaje de la esfera psicosocial de dichos pacientes:

1. Acomodar al paciente en un ambiente agradable, tranquilo, evitando interrupciones.
2. Verificar su identidad y asegurar la intimidad del paciente.
3. Comprobar la capacidad de comprensión del paciente.
4. Valorar el impacto que la nueva situación de salud ha tenido en su vida.
5. Ayudar al paciente a que valore objetivamente su estado.
6. Ayudar al paciente a ser dueño de su propio proceso de cambio o de resolución de problemas.

7. Animar al paciente a reconocer y expresar sentimientos y emociones.
8. Escuchar y apoyar activamente en las distintas fases del proceso, de manera empática.
9. Valorar si existen barreras para el afrontamiento de la enfermedad.
10. Evaluar los recursos de los que dispone el paciente para su adaptación.
11. Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas.
12. Orientar al paciente en la toma de decisiones.
13. Remitir a otros profesionales, si lo viera necesario.
14. Registrar las actividades realizadas.

RESULTADOS

Llevando a cabo las pautas citadas se conseguirán en cierta medida estos resultados:

- Se establece una relación de confianza con el personal sanitario que le atiende.
- El paciente y la familia se sienten involucrados en la toma de decisiones(tipo de tratamiento renal sustitutivo…etc.).
- El paciente se siente valorado, escuchado, ayudado y acompañado por el personal sanitario, a través de una comunicación clara, directa y sincera.
- El paciente percibe estar acompañado a la hora de manifestar sus emociones intensas (miedo,ira,tristeza,culpa).
- El paciente controlara su autoestima frente a las perdidas percibidas: perdida de diuresis, dependencia de terceros, cambios laborales, imagen corporal…
- Tendrá la capacidad de identificar sus necesidades emocionales.
- Mantendrá una actitud de esperanza realista para así poder manejar mejor los sentimientos de impotencia.

OBSERVACIONES Y PRECAUCIONES

Se debe prestar especial atención ante:

- Dificultad para asumir nuevos roles o afrontamiento familiar ineficaz
- Afrontamiento individual ineficaz
- Alexitimia: no siempre se van a encontrar pacientes que se muestran más angustiados o tristes, sino también algunos de ellos presentaran una apariencia más indiferente o impasible.
- Baja autoestima relacionada con sentimientos de culpa e impotencia.
- Alteración de los patrones de sexualidad.
- Aislamiento social.
- Alteración en el patrón del sueño.

CONCLUSIONES

Es evidente la importancia que tiene brindar a los pacientes con ERCA una atención individualizada de calidad, sin olvidar la salud emocional y el papel que los profesionales sanitarios juegan en cuanto a sus emociones.

Para reducir el "estrés" de los pacientes que inician Tratamiento Renal Sustitutivo, es necesario proporcionarles las herramientas necesarias para hacer frente a esta nueva situación que va a condicionar una serie de cambios tanto en su salud física y psicológica, como en diversos aspectos de la esfera social.

La información que ofrezcamos a nuestros pacientes debe ser continua e individualizada, satisfaciendo sus necesidades planteadas desde el aspecto económico y laboral, cambios en los roles familiares, relación de pareja, autocuidado o actividades de ocio y tiempo libre que potencien sus relaciones sociales, causando un efecto positivo a nivel físico y mental.

Definitivamente, de estos conocimientos va a depender que la calidad de vida de nuestros pacientes se vea afectada en la menor medida posible.

La atención psicosocial debería de estar integrada en las unidades de diálisis dada la alta incidencia de ansiedad y depresión que según varios estudios sufren los pacientes en tratamiento renal sustitutivo.
Los profesionales que les atienden deben involucrarse en el cuidado de dichos aspectos y deben detectar estados de animo frágiles, para así poder buscar las soluciones precisas.
Es por todo esto, por lo que hay que considerar a todos los pacientes en riesgo de padecer alteraciones psicosociales, puesto que son pacientes crónicos y ello implica una larga evolución y diferentes complicaciones que pueden surgir en torno a su enfermedad de base y enfermedades concomitantes.
Por ultimo, se debe prestar atención a los familiares y cuidadores del paciente, sin olvidar el efecto colateral que sufren debido a la enfermedad renal de su ser querido.

BIBLIOGRAFIA

- Crespo Montero R, Casas Cuesta R. Procedimientos y protocolos con competencias especificas para enfermería nefrológica. Primera edición, Madrid, octubre 2013.
- Martínez Rodríguez L, Fernández Castillo E, González Martínez E, Vázquez Morales HL. Apoyo social y resiliencia: factores protectores en cuidadores principales de pacientes en hemodialisis.SEDEN.2019; Nº 2, Volumen 22, 2 Trimestre.
- Salas Muñoz RM,Fernández Jiménez AJ. Valoración de las necesidades de atención psicológica en pacientes en hemodiálisis mediante indicadores de ansiedad y depresión. SEDEN. 2019; Nº 2, Volumen 22, 2 Trimestre.
- Gómez Villaseca L, Pac Gracía N, Manresa Traguany M, Lozano Ramírez S, Chevarria Montesinos JL. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes de hemodiálisis.SEDEN.2015; Nº 2, Volumen 18, 2 Trimestre.

TEMA 195. CONSUMO DE DROGAS Y SU IMPACTO EN SALUD.

- BEGOÑA COLLAR ALVES

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **METODOLOGÍA**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIONES**

INTRODUCCIÓN

según la RAE, es “una sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”. (1) Sin embargo, el significado que ofrece la OMS es más acertado para este trabajo: “toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física, o ambas”. (2)

El abuso de estas da lugar a la adicción conocida como drogodependencia, que es “una necesidad de consumir dosis repetidas de la sustancia para encontrarse bien o para no sentirse mal”. (2)

Por tanto, la drogadicción es un fenómeno en el cual convergen cuestiones médicas (psíquicas y físicas) con otras de carácter ideológico, cultural, antropológico y fundamentalmente, hoy en día, sociológico. (3)

Si un individuo consume una droga puede llegar a intoxicarse. Una intoxicación es el efecto perjudicial que se produce cuando una sustancia tóxica se inhala, ingiere o absorbe. Cualquier sustancia puede ser toxica si se ingiere demasiada cantidad de ella. (4)

Es un problema de salud que viene preocupando a los expertos, debido al tremendo problema que supone, una vez adquirido este mal hábito en salud, poder evitarlo, suprimirlo, ya que crea fuertes adicciones, incluso cuando se trata de dejar una sustancia, crea una serie de síntomas, llegando a provocar enfermedades para dejarlo, este conjunto de síntomas se denomina “síndrome de abstinencia” llegando para intentar aliviar estos síntomas la misma sustancia que lo

Ha provocado, o una sustancia análoga de forma controlada, así muchos consumidores que tratan de dejar las drogas, bajo supervisión médica, lo hacen de forma progresiva y tomando sustancias sustitutivas en dosis cada vez más pequeñas.

ETIOLOGÍA

Para explicar la etiología del consumo de drogas debemos hacerlo desde un plano multifactorial, que integra una serie de teorías de distinta índole:

- TEORÍAS BIOLÓGICAS: se basan en la genética del individuo. Algunos estudios han demostrado que cada persona tiene una sensibilidad y tolerancia diferente, haciendo por tanto que los efectos de la sustancia consumida varíen de unos a otros.

Otras características biológicas que también influyen son la edad y el sexo.

- TEORÍAS SOCIALES: que estudian el entorno cultural y económico. Por ejemplo, si las drogas son aceptadas por los que le rodean y tiene facilidad para disponer de estas, es más fácil que se lleve a cabo el consumo.
- TEORÍAS PSICOSOCIALES: centradas en la personalidad y carácter. Estudian la capacidad de autonomía del individuo, su autoestima y su autocontrol.

Todas juntas dan lugar a un modelo bio-psico-social, que explicara la toma del hábito de consumir drogas, su conservación y su cese. (6)

Este modelo considera que hay una serie de factores determinantes, que siempre serán varios y no solo uno, que desencadenarán en conjunto la drogadicción. Estos suelen dividirse en individuales, microsociales y macrosociales. (3)

CLASIFICACIÓN DE SUSTANCIAS:

En casi todos los países conviven drogas que se pueden producir, consumir y vender de manera legal, y, por tanto, son aceptadas por la sociedad de manera natural, con otras ilegales. En España, así como en la mayoría de los países desarrollados, hay un notable numero de personas adictas a ambos tipos de droga.

Las sustancias adictivas mas consumidas por los españoles son aquellas que están no solo legalizadas, sino también fomentadas por la publicidad: el tabaco y el alcohol.

Por tanto, una primera clasificación, muy básica, sería las drogas institucionalizadas (las dos que acabo de mencionar) y las no institucionalizadas (el resto como cocaína, heroína, marihuana…). (3)

De todas formas, es mejor encasillarlas centrándonos en sus principales efectos sobre sus consumidores:

- Depresoras del sistema nervioso central: propician la inhibición de los neurotransmisores que permiten mantener el estado de vigilia además de favorecer distintos niveles de depresión. Entre estas se encuentran los opiáceos (son imitadores de las endorfinas, ayudan a controlar el dolor, siendo los mas comunes la morfina, la heroína y la codeína), el alcohol, el cannabis (marihuana, hachís...), los sedantes (benzodiazepinas y barbitúricos), los hipnóticos y los inhalantes (disolventes, gasolina, cola, pintura, etc). (7)
- Psicoestimulantes: producen una sensación de energía incrementada, excitación, euforia, entre otras, incrementado el estado de alerta. Disminuyen la sensación de fatiga y aumentan el rendimiento intelectual. Además, dan lugar a una mayor actividad del sistema cardiovascular.

Destacan la cafeína, las anfetaminas, la nicotina (tabaco) y la cocaína. (8)

- Alucinógenas o psicodélicas: pueden ser naturales (se hallan en hongos y plantas) o sintéticas. Como su propio nombre indica pueden llegar a causar alucinaciones, modificando la percepción, las emociones y la manera de pensar y actuar. Algunas de estas son el LSD, ketamina, éxtasis, hongos alucinógenos, salvia y la mescalina. (6)

Otra clasificación que nos interesa es la que divide estas drogas en más peligrosas y menos. Las primeras como bien podemos suponer son más tóxicas, y además crean dependencia física, al contrario que las segundas, que sola la crean psicológica. (3)

EPIDEMIOLOGÍA

El consumo de estas sustancias se ha dado desde la antigüedad de manera moderada, pero, desafortunadamente, desde la década de los setenta ha ido aumentando progresivamente hasta la actualidad, trayendo consigo problemas tanto sanitarios como sociales, pudiendo considerarse prácticamente una epidemia. (3)

Mientras que antes estaba ligado a la marginalidad y la delincuencia, con los años se ha ido asociando a la cultura del ocio. (9)

Se puede estudiar su expansión tanto mediante indicadores directos (muertes, sobredosis, encuestas de consumo) como indirectos (urgencias médicas relacionadas, detenciones, cantidad de droga decomisada…). (6)

En este caso, para analizar la epidemiología vamos a fijarnos en las estadísticas mas fiables y recientes, que son las que ofrece OEDA (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones), que elabora informes periódicos sobre la situación y tendencias de los problemas de drogas en España.

La última encuesta realizada fue en 2016-2017 a los adolescentes de entre 14 y 18 años de centros educativos del territorio nacional. Los datos principales que se obtuvieron fueron:

- Las sustancias más demandadas por los jóvenes son el alcohol y el tabaco, y les siguen el cannabis y los hipnosedantes. (10)
- Hay una diferencia de consumo según el sexo, mientras que las drogas ilegales son mas consumidas por los hombres, las legales lo son por las mujeres. (11)

- La mayoría comienzan a consumir entre los 13 y los 16 años.
- Las prevalencias de consumo se incrementan con la edad sea cual sea la sustancia.
- Es frecuente el consumo de más de una droga. (9)
- En general, disminuye la disponibilidad de todas las drogas exceptuando la de la cocaína y siguen estables las percepciones de riesgo, destacando que es el alcohol la sustancia que se percibe como menos peligrosa y que se considera más peligroso el tabaco que el cannabis. (10)

OBJETIVOS:

Con este trabajo pretendemos conocer las consecuencias en salud derivadas del consumo de drogas, detallar síntomas de una intoxicación por dichas sustancias incluído el síndrome de abstinencia y analizar las enfermedades que pueden acarrear su consumo.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión sistemática a partir de distintas bases de datos electrónicos las cuales veremos más adelante. He decidido realizar el trabajo de esta manera ya que ofrece una gran posibilidad de búsqueda de información.

Lo primero para la realización de la búsqueda es establecer la pregunta principal:

¿Qué síntomas causan la intoxicación y la abstinencia de las principales drogas, y que enfermedades puede provocar su uso?

Una vez que se ha formulado la pregunta base comienza la búsqueda. Se escriben los términos expuestos a continuación combinados mediante el operador booleano ‘AND’ en caso de ser necesario. Las palabras clave empleadas son:

DeSC *	MeSH**
DROGODEPENDENCIA	DRUG DEPENDENCE
DROGAS	DRUGS
INTOXICACIÓN	POISONING
SÍNDROME DE ABSTINENCIA	DRUG WITHDRAWAL
ENFERMEDADES	DISEASES
SÍNTOMAS	SYMPTOMS

En la búsqueda empleamos varios criterios de inclusión. Estos son el acceso gratuito al texto completo, artículos en español e inglés, estudios orientados principalmente al área de enfermería, artículos publicados desde el año 1995 hasta la actualidad.
De la misma manera se usan criterios de exclusión. Básicamente son la no adecuación al tema de estudio y que la fuente sea una carta de opinión o similar.
Las bases de datos empleadas y las búsquedas y publicaciones encontradas fueron:

- Pubmed, portal desarrollado por US National Library of Medicine del National Institutes of Health. Da acceso a bases de datos del NIH, en relación con la genética, biomedicina, taxonomía…

Aquí puse como filtros que los idiomas fuesen inglés o español, que fuesen desde 1997 hasta la actualidad, que fuesen sobre humanos y, de salir muchos resultados, añadir el filtro de articulo completo gratis. En primer lugar, se buscó, en modo avanzado, ‘drug dependence’ and ‘symptoms’. Al salir 16.080 publicaciones, puse el filtro de ‘best matches’, y seleccioné 2 artículos. Al buscar, ‘drugs’ and ‘poisoning’ and ‘symptoms’ salieron 960 resultados. No se pudo seleccionar ninguno ya que la gran mayoría trataba únicamente de una droga, generalmente el alcohol. A continuación, se puso ‘drug withdrawal’ and ‘symptoms’.

Salieron 2732 resultados y por el mismo motivo que antes ninguno fue válido. Del mismo modo, de las 1989 publicaciones que aparecieron al buscar ‘drug dependence’ and ‘diseases’ no se seleccionó ninguno.

- Medline, que proporciona artículos científicos de revistas de temas médicos.

Aquí busqué ‘intoxication drugs’ y salieron 92 resultados. De ellos seleccione 1. También busqué ‘withdrawal symptoms’ y salieron 1235, al selccionar solo PDF, salieron 42, y seleccioné también 1. Por último, aparecieron 1456 resultados al buscar ‘drogas enfermedad’. Seleccioné 1.

- Dialnet, base de datos de carácter científico de la Universidad de La Rioja.

Escribí ‘síntomas intoxicación drogas’. Salieron 18 resultados de los que me fueron válidos 2.

Con ‘síntomas síndrome de abstinencia ‘salieron 47, de los que seleccioné de nuevo 2. Al realizar la búsqueda de ‘enfermedades por drogadicción’ salieron 31 y ninguno fue válido, sin embargo, al cambiar ‘drogadicción por drogas’ salieron 52 y 1 me sirvió.

- Google académico, buscador de Google especializado y enfocado en buscar material de carácter científico-académico. He probado con varias búsquedas: ‘efectos drogas’, ‘síntomas intoxicación’, ‘síntomas síndrome de abstinencia’, ‘drogadicción enfermedades’. En todas ellas han salido múltiples resultados. Exceptuando aquellos artículos que ya he seleccionado hasta el momento, muy pocos hablan exclusivamente del tema. Todos lo comparan o lo asocian con otro tema (embarazo, violencia, sexo…), y en caso de centrarse en sus efectos lo hacen en los que tiene sobre la sociedad y no a nivel individual sobre la salud.

los que sí contienen lo que busco son muy escasos.

- Scielo, biblioteca virtual formada por artículos de revistas científicas españolas de ciencias de la salud.

En esta, al igual que en Pubmed, he usado los filtros de idioma español e inglés, publicaciones desde 1997, tema de ciencias de la salud. Esta página ha sida la mas útil. He comenzado buscando ‘efectos drogas’, han salido 234 resultados de los que 3 han sido válidos. A continuación, con ‘síntomas intoxicación drogas’ han aparecido 75 publicaciones y he seleccionado 4. De los 31 resultados de ‘drogodependencia enfermedades’ he escogido 1, y de los 27 de ‘síntomas abstinencia’ 2.

- Cinahl, base de datos que tiene publicaciones de numerosas áreas de ciencias de la salud.

He puesto como filtros: libros (ya que tiene biblioteca electrónica que ofrece ciertos libros online) y en línea

. A continuación, he buscado ‘drogodependencia enfermedades’ y han salido 75 resultados, he cogido 1.
. Al poner ‘síndrome de abstinencia drogas’, han salido 110 pero no he cogido ninguno. Por último, he puesto ‘intoxicación por drogas’ pero tampoco he hallado ninguno válido.
Todos ellos han sido seleccionados leyendo el título (ya que la mayoría de los resultados ni siquiera tenían un título que se asemejase a mi búsqueda) y el resumen. De tener dudas, leyendo también ciertas partes de la publicación.

PUBMED	MEDLINE	DIALNET	Google schoolar	SCIELO	CINALH
2	3	5	0	10	1

TOTAL: 21

Además, también se miró una revista científica de prestigio, la revista de toxicología, órgano de expresión científica de la Asociación Española de Toxicología (AETOX). Esta se presenta como “una revista publica artículos científicos originales, revisiones, cartas al editor, fichas técnicas y casos clínicos, sometidos al sistema de revisión por pares (peer review) y documentos de la Asociación de la que es órgano de difusión”. Esta ha sido la única información que no se ha hallado vía Internet, sino que he podido tener acceso a varios tomos en biblioteca.

Después de mirar la revista y de dónde provenían algunos artículos, vi que salía nombrado varias veces “the National Institute of Drugs Abuse”, por lo que busqué información también directamente en esta página. Desde el menú principal de la página web, fui a publicaciones y de ahí a “DrugFacts”. Una vez en este punto, analicé varios artículos, quedándome con 8.

Para finalizar la revisión sistemática se ha realizado la consulta de informes, resúmenes y estadísticas elaborados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones del Ministerio de Salud, Consumo y Bienestar Social.
En resumen, he seleccionado 29 publicaciones, además de ayudarme de la revista de toxicología de AETOX Y los informes de OEDA. Para los resultados iré filtrando la información tratando de emplear todo.

RESULTADOS:

Uno de los principales objetivos de este trabajo es conocer en que se basa una intoxicación y que es el síndrome de abstinencia de las principales drogas. Buscando el término "droga" han salido publicaciones tanto generales como de drogas específicas. Recopilamos información sobre las siguientes:

- **El alcohol, por ser la droga más consumida y por ser un ejemplo de droga legal.**

- **El cannabis, por ser un ejemplo de droga depresora del sistema nervioso central.**

- **El LSD, por serlo de alucinógenas.**

- **La cocaína, por ser una psicoestimulante.**

- Alcohol :

Una intoxicación etílica aguda va a causar unos síntomas característicos. Los cambios conductuales, como la desinhibición de cualquier tipo de impulso, como el sexual e incremento de la agresividad. También se puede observar un detrimento de la capacidad de razonar y de atención, cierta irritabilidad, cambios repentinos de actitud… (11) En cuanto a las manifestaciones físicas, la descoordinación y falta de equilibrio, el rubor facial o un lenguaje menos apropiado son muy comunes. (12)

En ocasiones, se da cierta amnesia de lo acaecido durante la intoxicación. Si esta es grave seguro que se dará la perdida de conciencia, vómitos, naúseas, diplopía, disartria, pudiendo llegar a causar el estado de coma e hipotensión e hipotermia. En último término, si se tiene gran cantidad de etanol en sangre (400-900mg/dl o similar) puede darse la muerte. (13)

Las características de la intoxicación dependerán de la gradación de la bebida, de la cantidad ingerida, de la rapidez con la que se toma, de si es acompañada por alimentos, además de la tolerancia que tiene cada individuo (por ejemplo, los bebedores crónicos desarrollan más, teniendo que beber mucho más que un bebedor no habitual para padecer los mismos síntomas). (11)

La abstinencia de alcohol suele producirse en personas que han estado consumiéndolo durante un tiempo prolongado de manera continuada.

La persona afectada puede padecer desde síntomas leves hasta otros bastante graves. (12)

Algunos moderados son: temblores, sudoraciones, dolor de cabeza y estomacal, irritabilidad, ansiedad, depresión, fatiga, pérdida del sueño, falta de apetito, vómitos, fiebre… (13)

Los más preocupantes son cambios en el ritmo cardíaco y convulsiones. Además, puede llegar a manifestar delirium tremens. (12)

El delirium tremens se da no solo por abstinencia alcohólica, sino también por otros motivos como un traumatismo craneal u otra enfermedad. Provoca delirio, confusión, pánico, inestabilidad mental, alucinaciones y sensibilidad incrementada a estímulos luminosos y auditivos, entre otros. (14)

- Cannabis:

Los primeros efectos de una intoxicación son euforia, pérdida de la percepción del dolor y aumento de la sensorial, relajación, mayor capacidad de sociabilización, dificultad para concentrarse, alteración de la percepción de la velocidad y la precisión. (15, 16)

Tras la toma de mayores cantidades se produce el delirium, caracterizándose este estado por alteración de la conciencia,

comportamiento violento, confusión y alucinaciones auditivas o visuales. También puede llegar a provocar un trastorno psicótico agudo. (17)

Aunque no presenta un síndrome de abstinencia tan definido como otras sustancias, como por ejemplo los opiáceos, sí tiene ciertos síntomas. Los más frecuentes son irritabilidad, nerviosismo, inquietud, depresión o tristeza, enfado, dificultad para dormir, alteraciones en el apetito, pérdida de peso, aumento del consumo de tabaco, deseo de consumir e inquietud, (18) siendo estos dos últimos mucho más comunes en consumidores habituales que en consumidores ocasionales. (19)

De todas maneras, estas manifestaciones no se dan en la mayoría de los casos, y de hacerlo, no de manera muy severa. (18)

- Lsd :

La intoxicación por este tipo de droga puede darse con cantidades muy bajas. Se caracteriza por percibir todo de manera mas intensa, es decir, por una potenciación de los sentidos. En adición se dan distorsiones de imágenes, así como una percepción equivocada del tiempo y el espacio. (20)

Son características las sinestesias, las alucinaciones (de varios tipos) y las ilusiones, como experimentar de nuevo una vivencia pasada. Es común que todo ello junto provoque un elevado nivel de angustia. (20, 21)

Está demostrado que el LSD no genera adicción, al menos no como los otros tipos de drogas, en consecuencia, no genera el característico síndrome de abstinencia. (22)

❖ Cocaína :

La toma de esta droga combinada con otras, un exceso de consumo o hacerlo en condiciones de deshidratación, van a favorecer una intoxicación. El síntoma mas característico y conocido es la sensación de euforia y elevación. Otras manifestaciones características son la ansiedad y agitación, confusión, inquietud… Las muestras físicas de que ha sufrido una intoxicación son los temblores, la palidez, nauseas y vómitos, sudoración y fiebre, miosis, además de un aumento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial. (23, 24)

Si se tomase una dosis excesiva, se producirían coloración azul, convulsiones, descontrol de los esfínteres, respiración y ritmo cardíaco acelerados, pudiendo llegar a causar la muerte. (25)

La abstinencia de cocaína provoca un derrumbamiento de manera prácticamente instantánea. Durante este, el consumidor tiene un gran deseo, extremadamente notable, de tomarla. Esto se conoce más comúnmente como “mono”. Otros síntomas son ansiedad, irritabilidad, somnolencia y fatiga. En algunos casos, puede alcanzar la paranoia.
Por otro lado, no suele manifestar cambios o problemas físicos, como vómitos o nauseas, palidez, temblores… (26)

Por todo esto se le da tanta importancia al consumo como a la abstinencia que provocan una vez rebajado el consumo de la sustancia o sustancias.

ENFERMEDADES CAUSADAS POR EL CONSUMO

He recopilado cierta información sobre los tipos de enfermedades que produce el consumo de drogas:

- Enfermedades cardiovasculares: pueden ser producidas por la mayoría de drogas, aunque se suele relacionar con la cocaína. El consumo va a influir en la actividad del sistema simpático, siendo este el responsable de la variabilidad de la presión sanguínea, del grado de taquicardia y del nivel de vasoconstricción. Su consumo incrementa principalmente el riesgo de infarto e isquemia de miocardio, disfunción de ventrículo, arritmias y muerte de origen cardíaca. También está asociado con el síndrome coronario agudo. Se pueden producir estos síntomas tanto administradas de manera endovenosa como por vía no endovenosa. (27, 28, 29)

- Enfermedades hepáticas: no todos los consumidores responden de la misma manera al consumo de sustancias. Hay individuos tolerantes, en los que la lesión hepática no es detectable; adaptadores, en los que la lesión es transitoria y selectiva; y susceptible, en los que la droga causa un daño hepático significativo, y es necesario retirarla para que se recupere. Estas enfermedades suelen asociarse la mayoría de las veces al consumo de alcohol. (30)

Los daños en el hígado mas comunes son la necrosis hepática aguda (puede ser mortal pero si se retira la droga suele recurrir), la hepatitis aguda (con fatiga, ictericia, dolor abdominal, coluria…), hepatitis crónica (pudiendo mejorarse lentamente en algunas ocasiones), hepatitis autoinmune, tumores hepáticos, hígado graso… (31)

- Enfermedades respiratorias: asociadas en la mayoría de los casos al consumo de tabaco y cannabis. Aspirar el humo de estas drogas propicia enfermedades o complicaciones relacionadas con el sistema respiratorio, como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar, el edema, broncoespasmos, la neumonitis, el derrame pleural o el cáncer de pulmón. Además, su efecto broncodilatador favorece la absorción de las sustancias tóxicas. Otra consecuencia común es la disminución de transporte de oxígeno a los tejidos del organismo, lo que produce también fatiga, tos y expectoración. (32)
- Enfermedades renales: la relación entre estas y las drogas es doble. El consumo produce el daño renal, y este a su vez impide la correcta eliminación de las sustancias. Se puede encontrar lesiones a nivel glomerular, tubular, intersticial y vascular.

Se producen enfermedades como infarto renal, nefritis intersticial aguda, glomerulonefritis, rabdomiólisis, insuficiencia renal crónica (típica de adictos al alcohol), etc. (33)

- Enfermedades mentales: estas y las drogas pueden coexistir. En ocasiones, trastornos mentales como la esquizofrenia, la depresión o la ansiedad pueden aparecer previamente a la adicción. De la misma manera, el consumo de sustancias puede perjudicar o desencadenar esos trastornos.

En casos mas avanzados, la persona puede llegar a tener episodios de paranoia psicótica, perdiendo la capacidad de raciocinio.

Un ejemplo es el síndrome de Wernicke-Korsakoff, característico de los alcohólicos. (34)

- Alteraciones neurológicas: Algunas drogas imitan la función de algún neurotransmisor desajustando la actividad neuronal. Otras, como el MDMA, llegan a dañar las neuronas de tal manera que no se puede volver a recuperar la actividad total. Es decir, las drogas interfieren en la actividad de los neurotransmisores.

Cuando un individuo está comenzando a tomar drogas de manera esporádica, por lo general, la neurotransmisión vuelve a ser correcta a medida que el organismo elimina la droga. Sin embargo, si el consumo es continuo se producirán alteraciones permanentes o de larga duración. Estas son la base de la adicción, la abstinencia, la tolerancia… (35)

Se pueden producir neuropatías periféricas, degeneración cerebelosa, degeneración de la sustancia blanca… (36)

- Enfermedades digestivas: la mala alimentación propicia que el consumidor desarrolle enfermedades como gastritis o colitis, que en una persona sin adicción es fácil de tratar, pero en un drogodependiente puede desencadenar graves consecuencias. También la droga perjudica directamente los tejidos del estómago y del tubo intestinal. (36)
- Enfermedades infecciosas: los consumidores de drogas o aquellos que tienen conductas de alto riesgo relacionadas con las drogas están expuestos a contraer o transmitir infecciones, generalmente virales, ya que estas son transmitidas mediante la sangre u otros líquidos corporales. Se pueden dar dos casos, o bien la persona se inyecta cierta droga mediante una aguja que posteriormente comparte; o bien porque la droga afecta las actuaciones de una persona y lleva a cabo relaciones íntimas con otra persona contagiada o transmitiendo a esta la infección.

Por ello, el consumo de drogas está en relación directa con enfermedades como el VIH y la hepatitis (por los virus A, B, C D y E). Además, si el consumo continúa el pronóstico de estas enfermedades empeora. (37)

- Enfermedades sanguíneas: cantidad de sustancias se administran por vía endovenosa (se inyectan) lo que conlleva ciertos riesgos. Pueden desarrollar problemas de coagulación, de excesivo sangrado, además de otros como anemia (la sangre no lleva suficiente oxígeno), entre otros. (36, 38)
- Otras consecuencias: en adición, los consumidores también pueden sufrir un deterioro del sistema inmune, dejando al individuo expuesto a contraer enfermedades. Otra desventaja es el efecto que puede tener la droga sobre los varones, ya que favorece la aparición de la disfunción eréctil tanto agudo como prolongada.

Además, si el consumo es crónico el individuo padecerá problemas metabólicos (hipocalcemia, hipofosfatemia, acidosis, hipopotasemia) y en ocasiones dermatológicos (eccema perioral, dermatitis…). (39)

CONCLUSIÓN

Claramente, la importancia de los problemas que se derivan del consumo de drogas es indudable.

Tienen efectos perjudiciales durante y después de su consumo, tanto psicológicos como físicos, provocando efectos que podrían llegar a ser multisistémicos, ya que como hemos visto pueden llegar a afectar al funcionamiento de cualquier órgano (pulmón, corazón, hígado...).

Los niveles en los que la droga perjudica al consumidor son múltiples. Afecta a la salud, alterando a su vez el bienestar general y con ello la capacidad para llevar una vida cotidiana normal. Esto deteriora su entorno social y familiar, generando finalmente un impacto en la sociedad, como se comentó en la introducción.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª ed. Madrid; Espasa; 2014, droga.
(2) Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]. Ginebra: OMS; 1994 [citado 15 Agosto]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
(3) Lorenzo P., Ladero J.M., Leza J.C., Lizasoain I. Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2009.
(4) Nogue Xarau S. Toxicología clínica: Bases para el diagnóstico y el tratamiento de las intoxicaciones en servicios de urgencias, áreas de vigilancia intensiva y unidades de toxicología. 1ªed. Madrid: Elsevier; 2019.

(5) C.A.T. BARCELONA. Adicciones y problemas psíquicos [Internet]. Barcelona: 2008 [citado 16 Agosto]. Disponible en: https://www.cat-barcelona.com/faqs/view/que-es-el-sindrome-de-abstinencia
(6) Piédrola Gil G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 12ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2016.
(7) Medranda de Lázaro M.I., Benítez Rubio M.R. Conceptos básicos sobre drogadicción. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006; 8(7): 35-42.
(8) Cadahía C. Realidades, mitos, efectos, tipos, riesgos, abuso, consumo, dependencia. 1ªed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
(9) Osuna Fuentes J.M. Drogas, ¿un fenómeno en evolución? Carmona: Rev estud locales. 2005; 1271 (3): 1269-1291

(10) Observatorio Español de la Droga y las Adicciones. Plan nacional sobre drogas [Internet]. Madrid: 2018 [consultado 15 Agosto]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/home.htm
(11) Escobar F., Espi F., Canteras M. Problems related to alcohol consumption in primary health care. Farm Pract 1993;10(4): 424-430.
(12) García Sempere A., Portella E. Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. Adicciones 2002; 14(1): 140-144.
(13) Pearson T., Terry P. What to advise patients about drinking alcohol. The clinician's conundrum. Jama 1994; 272(12): 967-968.
(14) Bin T., Miller W., Tonigan J. Brief interventions for alcohol problems. Addiction 1995; 88: 315-330.

(15) Fernández Ruiz JJ., Lastres-Becker I., Cabranes A., González S., Ramos J. Endocannabinoids and functionality. Prostaglandins Leuko, Essent, Fatty acids. 2002; 66: 620-637.
(16) Haney M., Ward A., Comer S., Foltin R., Fischman M. Factors influencing marijuana self-administration by humans. Behav Pharm. 1997; 8: 101-112.
(17) Samuel T. et al. Marijuana Legalization: Impacto n Physicians and Public Health. Rev Med. 2016; 67: 453-466.
(18) Aceto M., Scates S., Lowe J., Martin B. Spontaneous and precipitated withdrawal with a synthetic cannabinoid. Europ Jour Pharm 2001; 416(55): 75-81.
(19) Budney A., Novy P., Hughes J. Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. Addiction 1999; 94: 1310-1320.

(20) Liechti ME. Modern Clinical Research on LSD. Neuropsychopharmacology. 2017; 42(11):2114-2127.
(21) Carhart-Harris R., et al. The paradoxical psychological effects of lysergic acid diethylamide (LSD). Psychol Med. 2016; 46(7): 1379-1390.
(22) Larsen JK. Neurotoxicity and LSD treatment. Hist Psychiatry. 2016;27(2): 172-189.
(23) Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). La cocaína [Internet] US: 2018 (citado 20 agosto). Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-cocaina
(24) Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Cocaína [Internet] US: 2019 (citado 20 agosto). Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/cocaine.html

(25) Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Cocaína: abuso y adicción [Internet] US: 2010 (citado 20 agosto). Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/cocaina-abuso-y-adiccion/que-es-la-cocaina
(26) Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Abstinencia de la cocaína [Internet] US: 2019 (citado 20 agosto). Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000947.htm
(27) Abeytua Jiménez M. Corazón y drogas. Rev Monocardio (sociedad castellana de cardiología. 2005; 7(2).
(28) Ravina P., Quiroga JM., Ravina T. Hyperkalemia in fatal MDMA toxicity. Int J Cardiol. 2004; 93: 307-309.
(29) Frost S., Vestergaard P. Alcohol and risk of atrial fibrillation or fluter. Arch Intern Med. 2004; 164: 1993-1998.
(

(30) Cavalieri M., D'Agostino D. El hígado y la toxicidad por drogas, hierbas y suplementos dietéticos. Arch Argent Pediatr. 2017; 115(6): 397-403.
(31) Chang Cand Schiano T. Review article: drug hepatotoxicity. Aliment Pharmacol Ther. 2007; 25(10): 1135-1151.
(32) Boletín de la Academia Nacional de Medicina de México. Pulmonary diseases induced by medicines and drugs. Rev Fac Med Mex. 2015; 58(5): 40-43.
(33) Mastrapasqua S., Dell'Orfano M. Lesiones Renales Asociadas al Consumo de Cocaína. Rev Nefrol Argent 2018;6(3).
(34) Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción [Internet]. US:2018 (citado 25 agosto). Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud

(35) Bausela E. Neuropsicología y adicciones. Rev Chil Neuropsicol 2007; 3(2008): 1-3.
(36) Martínez Ruiz M., Rubio Valladolid G. Manual de drogodependencias para enfermería. 1ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2002.
(37) Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). El consumo de drogas y las infecciones virales (VIH, sida) [Internet]. US:2019 (citado 25 agosto). Disponible en: https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-drogas-y-las-infecciones-virales-vih-hepatitis
(38) Moraleda Jiménez JM. Pregrado de hematología. 4ºed. Madrid: Luzan; 2017.
(39) Ortiz A., Alonso I., Ubís A., Ruiz de Azúa M. Adicciones. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2011.

TEMA 196. EJERCICIO FÍSICO COMO MEDIDA PREVENTIVA EN SALUD LABORAL.

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

ÍNDICE

1. Introducción
2. Ejercicio físico, actividad física y deporte
3. Fundamentos de la fisiología del ejercicio físico
4. Beneficios del ejercicio físico
5. Perjuicios del sedentarismo
6. Motivación y adherencia al tratamiento
7. Prescripción de ejercicio físico
8. Contraindicaciones del ejercicio físico
9. Precauciones en la práctica de ejercicio físico
10. Modelo de prescripción
11. Fases de la práctica de ejercicio físico
12. Desarrollo del programa de ejercicio
13. Complicaciones del ejercicio físico
14. Ejercicio físico en el ámbito laboral
15. Ejercicio físico en la trabajadora embarazada
16. Ejercicio físico en trabajadores con patologías crónicas
17. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

La inactividad física es considerada hoy en día un problema de salud pública mundial, ya que es uno de los hábitos de vida que más ha influenciado en la aparición de enfermedades con alta trascendencia en la salud pública que además suponen un gran impacto económico. (1)

Según la OMS al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud, siendo esto debido a la insuficiente participación en actividades físicas durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamientos sedentarios en las actividades laborales y domésticas, actividades cada vez con menos demanda física como ver la televisión, internet, lectura, además del uso de medios de transporte pasivos.

El cambio de estilo de vida, que avanza hacia actividades cada vez más sedentarias que suponen menor esfuerzo físico, se ha asociado al aumento de las tasas de cardiopatía isquémica, ictus, diversos tipos de cáncer, obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipemias, osteoporosis, colecistectomías y hospitalizaciones además de aumentar la mortalidad precoz y global. Se estima que es la causa principal del 21-25% de cáncer de mama y colon, 27% de diabetes y 30% de cardiopatía isquémica, según la OMS. (2)

En el año 2008 se reunió la sexagésima primera Asamblea Mundial de la Salud y respaldó una resolución y plan de acción sobre prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Dicho plan de acción alentaba a los estados miembros a poner en práctica políticas e intervenciones que desarrollaran directrices nacionales sobre actividad física para la salud, introduciendo políticas de transporte que promuevan métodos activos y seguros, tanto en el transporte escolar como laboral; modificaciones en las estructuras urbanas para facilitar la actividad física en los desplazamientos en condiciones de seguridad, así como la creación de espacios destinados a las actividades recreativas. (3,4)

En España la Encuesta Nacional de Salud del 2011-2012, publicada en mayo de 2014, determina que un 41.3% de la población se declara sedentaria, correspondiendo un 46.6% a las mujeres y un 35.9% a los hombres. Entre la población trabajadora, el porcentaje de sedentarios se sitúa en torno al 60% y, además, es el grupo que padece mayor incidencia de obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes y ansiedad.

La práctica de ejercicio físico tiene grandes beneficios en el ámbito laboral, tanto a nivel individual como colectivo, ya que según la OMS se produce un 25% de reducción del absentismo debido al desarrollo de programas de promoción de estilos de vida saludable entre los que se incluyen estrategias para aumentar la práctica de ejercicio físico. (1)

2. EJERCICIO FÍSICO, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Los términos actividad física, ejercicio físico y deporte, aunque relacionados entre sí, son conceptos diferentes. Por una parte, la actividad física se puede definir como cualquier movimiento corporal que va asociado a la contracción muscular y que conlleva un gasto energético por encima del nivel de reposo. Todos los movimientos de la vida diaria, del trabajo, las actividades recreativas, el ejercicio y las actividades deportivas son actividades físicas. La diferencia respecto al ejercicio físico es que éste es una actividad física planificada, estructurada y controlada, con el objetivo de mejorar o mantener la condición física de una persona. (5)

Según la Carta Europea del Deporte del Consejo de Europa de 1992, el deporte se define como todo tipo de actividades físicas que tienen por finalidad la expresión o la mejora de la condición física y psíquica, el desarrollo de las relaciones sociales y el logro de resultados en competiciones de todos los niveles. (6) El deporte tiene un componente competitivo y de espectáculo e implica un entrenamiento físico. Además se encuentra organizado bajo una serie de reglas de conducta y procedimientos. (7)

3. FUNDAMENTOS DE LA FISIOLOGÍA DEL EJERCICIO FÍSICO

Dentro del ejercicio físico se pueden distinguir dos tipos fundamentales, el ejercicio físico aeróbico y el anaeróbico. En cuanto al primero es aquel cuya intensidad es leve o moderada, participan grandes grupos musculares, es dinámico, rítmico y generalmente continuo, con una duración adecuada que no debe exceder los 60 minutos. El ejercicio aeróbico obtiene la energía de hidratos de carbono y lípidos, en presencia del oxígeno, con poca acumulación de ácido láctico y sin sobrepasar el umbral anaeróbico. Este tipo de ejercicio tiene unos efectos beneficiosos sobre el organismo a largo plazo como son: el aumento de la volemia, la dilatación de la cavidad ventricular y el aumento de la potencia contráctil cardiaca.

Además se aumenta el volumen sistólico, tanto en reposo como en ejercicio, desciende la frecuencia cardiaca y la tensión arterial sistólica y diastólica. Por otra parte, el ejercicio físico anaeróbico se realiza a mayor intensidad (cerca del 100% de la FC máxima), sin presencia de oxígeno y con acúmulo de ácido láctico. A nivel cardiaco no se produce dilatación funcional ventricular, conlleva engrosamiento de las paredes cardíacas, el volumen sistólico no se modifica y la frecuencia cardiaca se modifica poco o desciende levemente. (5,8,9)

4. BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO

La práctica regular de ejercicio físico aporta grandes beneficios, tanto físicos, psicológicos y sociales, como beneficios para la empresa.

Entre los beneficios físicos se encuentran:

- La reducción del 10% de la mortalidad por todas las causas con el consiguiente aumento de la supervivencia global
- La reducción del 20% de las enfermedades cardiovasculares
- La disminución de un 20-30% la mortalidad cardiaca (2,10)
- Mejora de la capacidad funcional cardiaca y respiratoria
- Previene la cardiopatía isquémica, tanto el ejercicio físico a baja intensidad como a moderada
- Reduce la frecuencia cardiaca y las arritmias ventriculares
- Produce aumento del gasto cardiaco, lo que conlleva una mejor oxigenación de los tejidos y un aumento en la excreción de tóxicos

- Consigue una disminución de la tensión arterial de hasta 3-4 mmHg respecto a las personas sedentarias
- Produce un aumento de 5% de las cifras de HDL colesterol y reducción del 4-5% de LDL colesterol y triglicéridos
- Disminuye los factores de riesgo de sufrir accidente vascular cerebral y aumenta los sistemas antioxidantes endógenos
- Mejora la arteriopatía periférica, aumentando la distancia de marcha sin dolor, y mejora el sistema vascular venoso (11)
- Es beneficioso en la prevención de la obesidad
- También en la prevención y tratamiento de la diabetes tipo II, mejorando el control de la diabetes tipo I, reduciendo la resistencia a la insulina y mejorando la intolerancia a la glucosa, teniendo efectos beneficiosos en la prevención de las complicaciones de esta enfermedad, aunque también es necesario tener en cuenta que puede producir hipoglucemia.
- Previene la osteoporosis reduciendo el riesgo de sufrir fracturas osteoporóticas y caídas

- Mejora el equilibrio, la flexibilidad y la fuerza muscular, tanto en partes blandas como en articulaciones
- Disminuye el dolor por liberación de endorfinas y la incapacidad funcional
- Reduce las complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria tras cirugía cardíaca o abdominal
- Reduce de la incidencia de cáncer de colon y mama
- Mejora del insomnio de conciliación y mantenimiento (2)

Como beneficios psicológicos es capaz de:

- Reducir la ansiedad y la fatiga crónica
- Mejorar los síntomas de la depresión
- Mejorar la autoimagen personal incrementando la propia autoestima
- Fomentar la relajación y la capacidad para hacer frente al estrés.
- Además, mejora la memoria y el aprendizaje, así como la función cognitiva y la motivación. (2, 12)

El ejercicio físico es una práctica social, ya que es un medio para interaccionar con otras personas y a la vez es una vivencia persona que nos permite conocernos mejor a nosotros mismos y acepta nuestras limitaciones. (13)

En el ámbito laboral o de la empresa se producen grandes beneficios como son:

- La mejora de la productividad y el rendimiento, así como de estado de salud y calidad de vida de sus trabajadores.
- La reducción del absentismo. Existen numerosos estudios en los que se asocia un descenso del absentismo laboral con la práctica moderada e intensa de actividad física, disminuyendo las bajas laborales por enfermedades respiratorias y músculo-esqueléticas
- Produce mejoras en las relaciones de los grupos humanos y aumento de la satisfacción de los trabajadores.
- Supone un ahorro económico para las empresas y potencia la visibilidad de la compañía en ámbitos vinculados a la Responsabilidad Social Corporativa (2).
- Mejora la concentración en las tareas. (2,12).

5. PERJUICIOS DEL SEDENTARISMO

Si bien la práctica de ejercicio físico de forma regular aporta grandes beneficios en la salud individual del trabajador, el sedentarismo puede perjudicarla de forma importante. Según la OMS el sedentarismo es la ausencia de actividad física necesaria para que el organismo humano se mantenga en un estado saludable y lo ubica como un factor de riesgo y causa del incremento de la mortalidad, morbilidad y discapacidad en el mundo actual. Representa un problema de salud social al condicionar y agravar afecciones cardiovasculares, patologías osteomusculares, cáncer, diabetes o la obesidad entre otras. (14)

El sedentarismo supone un problema de salud pública que debe afrontarse desde las Administraciones Públicas, pero también con la participación de otros actores sociales como son la comunidad, las instituciones de atención de la salud, las instituciones educativas, los medios de comunicación y el propio ámbito laboral. (14) A este respecto, cabe destacar que la población sedentaria no sólo se incapacita con mayor frecuencia sino que además la duración de la incapacidad es significativamente mayor que en los trabajadores físicamente activos. Esto puede deberse a que la recuperación es mejor y más rápida en personas físicamente activas. (15)

6. MOTIVACIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

El conocimiento de los beneficios que conlleva la práctica de ejercicio físico para la calidad de vida y la salud de la persona y los efectos perjudiciales del sedentarismo parecen no ser motivo suficiente para que se incorpore al estilo de vida, ya que se produce el abandono en muchos casos en los primeros 6 meses. Las causas de abandono pueden ser variadas y dependen de la motivación personal, identificándose factores personales, factores del propio programa de ejercicio físico y factores ambientales.

Dentro de los factores personales se encuentran las características particulares de cada persona, su autoestima, su carácter, la mejora de la imagen física o su motivación individual. En cuanto a los factores que dependen del programa de ejercicios se relacionan con el clima percibido, el grado de diversión, el tipo de actividad, la frecuencia o la adecuación entre la capacidad de cada persona y la exigencia externa mientras que factores como el grado de apoyo efectivo, reconocimiento social o las condiciones laborales de la persona se encuadran dentro de los determinantes ambientales. (16, 17)

7. PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO

Existen numerosos programas de ejercicio pero es necesario buscar aquel apropiado a cada paciente, puesto que algunos pueden resultar demasiado exigentes mientras que otros pueden no serlo suficientemente. Por ello es necesario adaptar el ejercicio físico prescrito a las necesidades y creencias de cada persona. (2) Para que se produzcan efectos beneficiosos el ejercicio físico debe ser regular en la intensidad, la frecuencia y la duración. (2)

El ejercicio físico más beneficioso es el dinámico que moviliza grandes grupos musculares de forma rítmica, siempre tras una valoración de los antecedentes médicos del trabajador, su condición física y sus gustos. En cuanto a la intensidad, el ejercicio más recomendado es aquel que alcanza el 60-80% de la frecuencia cardiaca máxima. (2)

Es necesario tener en cuenta que en personas mayores, sedentarios no entrenados, diabéticos y personas con riesgo cardiovascular alto, se debe comenzar con intensidades bajas durante 15-30 minutos diarios e ir incrementando la duración progresivamente. Posteriormente la duración debe ser de 30-60 minutos diarios de 3 a 5 días semanales, pudiendo dividirse la actividad en sesiones de 10 minutos o más. (2,10,1118) La intensidad se determinará en función del paciente de acuerdo a su forma física, empezando por ejercicios suaves y fácilmente asumibles para mejorar la adhesión al nuevo estilo de vida. (11) Entre las actividades más recomendadas se encuentra caminar, correr, ciclismo, esquí de fondo, patinaje, baile, montañismo o trekking. (18)

Dentro del ámbito laboral los programas de actividad física para la promoción de la salud en las empresas se deben pensar e implementar sobre la base de actividades deportivas de tipo recreativo y formativo, que se realizan a intensidad moderada y con espíritu de amistad y compañerismo. (15) A este respecto, en el año 2009 se publica el Plan Integral para la Actividad física y el Deporte para el periodo 2010-2020, que tiene en cuenta a diferentes colectivos, entre ellos los trabajadores dentro del ámbito laboral. (6)

8. CONTRAINDICACIONES EN LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

A la hora de realizar una prescripción de ejercicio físico en un trabajador es necesario tener en cuenta no sólo las indicaciones, sino también que dicho ejercicio pueda estar contraindicado. Recordemos que existen contraindicaciones absolutas que se aplican a cualquier tipo de ejercicio físico, tales como: enfermedad cardiovascular aguda de menos de 6 semanas, antecedente de urgencia hipertensiva inducida por ejercicio, tromboflebitis aguda o embolia sistémica, infecciones agudas con fiebre alta, intoxicación medicamentosa o enfermedad metabólica no controlada. (2)

Además existen una serie de contraindicaciones relativas en las que el trabajador podría realizar ejercicio físico de baja intensidad, estando contraindicada la actividad de moderada o alta intensidad. Entre éstas últimas se incluirían las arritmias supraventriculares frecuentes, las arritmias por ejercicio o que alteren la función cardiaca, el ángor inestable, la insuficiencia cardiaca congestiva, la estenosis valvular grave, el bloqueo auriculoventricular completo sin marcapasos, la presencia de extrasístoles ventriculares frecuentes, la hipertensión arterial con cifras superiores a 200/115mmHg, la estenosis valvular moderada, la miocardiopatía moderada, el ser portador de marcapasos de frecuencia fija, las infecciones crónicas, las enfermedades reumáticas, neuromusculares u osteoarticulares que se agraven con el ejercicio físico y la gestación complicada. (2)

9. PRECAUCIONES EN LA PRACTICA DE EJERCICIO FISICO

Las recomendaciones y precauciones en la prescripción de ejercicio físico deben ser individualizadas, en función de las patologías asociadas de cada paciente, y se debe tener en cuenta que la intensidad, duración y frecuencia deben ser progresivos para evitar complicaciones, con avances lentos para evitar abandonos, no se debe realizar ejercicio físico en lugares de difícil acceso, en solitario, ni en condiciones atmosféricas adversas.

Es necesario favorecer una buena hidratación y nutrición personal evitando el ejercicio en las dos horas posteriores a una comida principal y con una ingesta rica en hidratos de carbono previo al ejercicio. Por último resaltar la importancia de emplear la indumentaria adecuada, mejor de algodón y calzado resistente, elástico y transpirable. (11)

10. MODELO DE PRESCRIPCIÓN

Existen unas recomendaciones dictadas por la OMS para la prescripción de ejercicio físico según grupo de edad que son: para menores de 18 años un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa, suponiendo mayor beneficio si superan esa cantidad. De ésta en su mayor parte debería ser aeróbica y como mínimo 3 días semanales actividades de fortalecimiento muscular. Entre los 18 a 65 años lo recomendable sería un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada o 75 minutos semanales de actividad alta, o una combinación de ambas. La actividad debe ser como mínimo en sesiones de 10 minutos. El mayor beneficio para la salud se obtiene con 300 minutos semanales de actividad moderada, o hasta 150 de actividad intensa o una combinación de ambas. (3)

11. FASES DE LA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO

Además de tener en cuenta las características que debe reunir el ejercicio físico es necesario realizarlo de forma adecuada. Para ello es importante realizar una fase de calentamiento, una fase de ejercicio propiamente dicho y una fase de recuperación que reunirán unas características determinadas.

La primera fase, fase de calentamiento, sirve como acondicionamiento progresivo osteoarticular, muscular y cardiorrespiratorio. La duración es de 5-10 minutos y la intensidad de ejercicios es baja. En su fase final, debe incluir ejercicios de estiramiento de aquellos grupos musculares que intervienen en la fase principal de ejercicio.

La segunda fase será la fase principal de ejercicio, con características de duración e intensidad que se hayan prescrito y ocupando el mayor período del tiempo. Por último la fase de recuperación, que consiste en una reducción progresiva de la intensidad, es una fase de acondicionamiento al reposo posterior al ejercicio. Dura 5-10 minutos e incluye también ejercicios de estiramiento de los grupos musculares que han intervenido en la fase anterior. (10,11)

12. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EJERCICIO

Para favorecer el seguimiento del programa de adaptación a un nuevo estilo de vida que incluye ejercicio físico y, con el fin de evitar los abandonos y accidentes, se puede dividir dicho programa en tres fases:

Una fase inicial que comienza tras el examen médico pertinente para descartar posibles complicaciones cardiovasculares y probables contraindicaciones. Antes de empezar el personal de enfermería debe preguntar al paciente sus gustos, expectativas y disponibilidad económica y temporal para determinar aquel ejercicio físico más conveniente para esa persona en concreto.

Para comenzar se pueden dar una serie de recomendaciones encaminadas a posibilitar la adaptación al cambio, como pueden ser: modificaciones de las actividades de la vida diaria (subir escaleras a pie, ir al trabajo en bicicleta…) o informar sobre actividades de ocio o centros deportivos o también participar en deportes o actividades físicas que se ofrezcan en el lugar de trabajo. (11,19) Esta fase depende de la capacidad del individuo y puede durar unas 4-6 semanas. En caso de pacientes con capacidad física limitada se puede aumentar la duración o frecuencia incrementando progresivamente la intensidad de forma lenta. Así mismo es necesario realizar una adecuada motivación del paciente, dar apoyo emocional y efectuar un seguimiento en todo el proceso.

Posteriormente se pasaría a la fase de mejoría de la condición aeróbica del trabajador en la que se aumenta la intensidad, frecuencia y duración del ejercicio. Se trata de una fase larga de 4 a 6 meses. El paciente progresivamente se adapta y refiere un ritmo respiratorio más
bajo durante el ejercicio, menos molestias musculares y menor fatiga. Objetivamente se puede apreciar una frecuencia cardiaca y tensión arterial más baja en reposo.

Por último está la fase de mantenimiento, en la cual se alcanza el nivel de ejercicio propuesto, se puede modificar el tipo de ejercicio si el paciente se encuentra motivado o, si es preciso, favorecer otros aspectos concretos de la forma física como la velocidad, agilidad… (11)

13. COMPLICACIONES DEL EJERCICIO FÍSICO

La práctica de ejercicio físico puede dar lugar a dos tipos de riesgos: lesiones del aparato locomotor y riesgo cardiovascular. Los factores de riesgo de lesión osteomuscular son: el sedentarismo, la edad, la existencia de una patología previa, la amenorrea y el tabaquismo. (10). Por otro lado, es evidente que la práctica de ejercicio físico puede relacionarse con complicaciones cardiovasculares, las más destacables son la muerte súbita y el infarto agudo de miocardio. Se relacionan con arritmias, sobre todo taquicardia y fibrilación ventricular, generalmente debidas a enfermedad cardiaca subyacente o anomalías congénitas en pacientes jóvenes. En personas mayores de 40 años además se relaciona con enfermedad ateroesclerótica. (10) Según la OMS los beneficios que puede reportar la práctica de ejercicio físico son mayores que los posibles perjuicios, siendo las tasas de lesión de aparato locomotor muy bajas. (3)

14. EJERCICIO FÍSICO EN EL ÁMBITO LABORAL

La práctica de ejercicio físico en el ámbito laboral es aquella que el empresario favorece o facilita, directa o indirectamente, para que sus trabajadores puedan llevarlo a cabo. En la mayor parte de los casos esta actividad se realiza fuera del ámbito laboral por iniciativa del trabajador o bien como actividad dentro de una asociación, organización o federación. Según la literatura revisada, tan sólo en torno a un 6-7% de los trabajadores lo realizan dentro del ámbito laboral. (20) Los objetivos que persigue la práctica de ejercicio físico estarían encaminadas a incrementar índices de práctica deportiva en la población, facilitar el acceso a la práctica de los más desfavorecidos o impulsar la igualdad de oportunidad entre hombres y mujeres (facilitar la conciliación de la vida personal y laboral) en la empresa, mejorar el clima laboral y la salud de sus trabajadores, mejorar la productividad y la satisfacción en el trabajo.

A nivel del trabajador buscaría mejorar la calidad de vida y mejorar la satisfacción en el trabajo, así como la interacción y socialización entre compañeros. (20)

Cómo fomentar el ejercicio físico en el ámbito laboral

Desde el ámbito laboral existen diversas formas de fomentar el ejercicio físico, una de ellas puede ser llevar a cabo un consejo sanitario dentro de un plan de promoción de estilos de vida saludables. Este consejo debe de ser individualizado y adaptado a las características y a los gustos de cada persona. Otra forma de inclusión del ejercicio sería el pago de una cuota periódica a un centro deportivo por parte de la empresa, que es lo utilizado mayormente en España, esta cuota puede ser asumida total o parcialmente por la empresa.

También se puede llevar a cabo la práctica de ejercicio físico en el puesto de trabajo, que tendría por objetivo reducir las bajas por enfermedad debidas al sedentarismo en ciertos puestos de trabajo. Aquí se incluyen los ejercicios ergonómicos que previenen los trastornos músculo-esqueléticos.

A este respecto la Comisión Europea lanzó una campaña en 2007 contra los trastornos músculo-esqueléticos denominada "Aligera la carga". (20) En dicha campaña se habla del concepto de actividad física compensatoria o gimnasia laboral, cuyo objetivo es reducir o eliminar la tensión secundaria asociada a posturas incómodas, actividades con movimientos repetitivos y trabajo estático. Los principios que persigue este tipo de ejercicio físico son: por un lado, que éstos deben orientarse a controlar la tensión músculo-esquelética en extremidades superiores, inferiores, cintura escapular, cuello, región torácica y espalda y, por otro lado, que estos ejercicios sean ser simples, seguros y terapéuticos para que puedan realizarse en el área de trabajo.

Son preferibles varias pausas de poca duración para ejercicios cortos, que pocas pausas y más largas. Además si se realizan sólo al final del día puede suceder que se acumule mucha tensión antes de aliviarla. (12)

Otra forma de promocionar la práctica de ejercicio físico en el ámbito laboral es la organización de campeonatos o torneos deportivos interempresas, de hecho es la más antigua forma de fomento de actividad física en el entorno laboral. El tipo de actividad física depende del tamaño y cultura de la empresa y suele tener menor participación del sexo femenino. (12)

15. EJERCICIO FÍSICO EN LA TRABAJADORA EMBARAZADA

La práctica de actividad física en embarazadas también está recomendada por sus múltiples beneficios, ya que permite la reducción del riesgo de padecer complicaciones asociadas al embarazo como son la preclampsia, la ganancia excesiva de peso materno, o la mejora del desarrollo del embarazo, la estabilización del humor de la madre, disminuye el riesgo de complicaciones venosas, reduce el nivel de disnea y disminuye los episodios de lumbalgia. (21)

Además favorece que la mujer mejore sus capacidades metabólicas y cardiopulmonares, controle su ganancia de peso, mejore su tolerancia a la ansiedad y depresión y mejore el concepto de imagen corporal.

En cuanto a la prevención de la diabetes gestacional una revisión Cochrane del año 2012 determina que, los estudios realizados hasta el momento, no establecen un efecto claro sobre la prevención de la diabetes gestacional o la sensibilidad a la insulina debida a la realización del ejercicio físico, necesitándose ensayos más amplios. (22)

Para el feto no existe peligro siempre que la mujer sana realice esfuerzos moderados, teniendo en cuenta que el ejercicio intenso puede disminuir el flujo sanguíneo al útero y por tanto el oxígeno que recibe el feto (21,23). En mujeres con buena condición física, que siguen manteniendo su actividad en el embarazo, mejora el desarrollo psicomotor del feto con mejor maduración nerviosa. (21).

Es necesaria la individualización en la prescripción de ejercicio físico en la mujer embarazada teniendo en cuenta el mes de gestación, la forma física de la mujer y la experiencia en embarazos anteriores. Se recomienda la realización de ejercicio físico aeróbico con una frecuencia de 2-3 veces por semana durante los tres trimestres del embarazo, que puede ser mayor en mujeres entrenadas. La duración estará entre los 10-20 minutos en el primer trimestre pudiendo llegar hasta los 30 minutos en el tercero. Además, en el primer trimestre el ejercicio físico se recomienda de baja intensidad (natación, caminar lento…) e ir aumentando en el segundo trimestre (caminar rápido, bicicleta…) para posteriormente disminuir en el tercer trimestre a nivel muy bajo. (21)

16. EJERCICIO FÍSICO EN TRABAJADORES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

Hipertensión arterial

Está ampliamente demostrado en la literatura que el ejercicio regular ejerce un papel terapéutico importante en el control de la hipertensión arterial en individuos de todas las edades. El ejercicio físico reduce las catecolaminas séricas y la resistencia vascular periférica, reduciendo por tanto la tensión arterial sistólica y diastólica, siendo este descenso mayor en las personas hipertensas que en las normotensas (6-7 mmHg en hipertensas y 3 en normotensas) (7). En pacientes hipertensos debemos tener en cuenta que no se recomiendan los ejercicios contra resistencia que pueden empeorar el cuadro. (9) Sin embargo sí estarían recomendadas actividades aeróbicas en pacientes hipertensos realizadas a intensidad moderada con una duración por sesión de 30-45 minutos y al menos 4 o 5 días semanales. (7)

Diabetes

La práctica de ejercicio físico es beneficiosa, tanto en la prevención como en el tratamiento de la diabetes, ya que mejora el control de la enfermedad y la intolerancia a la glucosa. (18) El ejercicio físico aeróbico produce un aumento en la captación de glucosa por el músculo, teniendo en cuenta que las actividades muy intensas pueden aumentar la sensibilidad a la insulina por lo que se recomienda una actividad moderada. (9) Se recomiendan de 3 a 5 sesiones semanales de carácter aeróbico de 20 a 60 minutos de intensidad moderada a baja, puesto que ofrecen un mejor balance entre beneficios y riesgos.

Obesidad

La obesidad es un exceso de peso asociado a consecuencias negativas para la salud de la persona y a un aumento de riesgo de padecer otras enfermedades. Los beneficios del ejercicio físico en la obesidad pueden ser alcanzados con cualquier tipo de intensidad del mismo, teniendo en cuenta que el gasto energético debe ser mayor que el consumo diario de calorías. La práctica de ejercicio físico promueve no sólo el descenso de la grasa corporal, sino también el descenso de la comorbilidad.(9,24) Es necesario tener en cuenta que el ejercicio aeróbico, en este caso, es el más recomendado puesto que reduce grasa corporal, mientras que el anaeróbico aumenta masa muscular pero tiene menos efecto en la reducción de grasa corporal. (7)

Se recomienda realizar de 20 a 30 minutos de ejercicio, 5 a 7 veces por semana, con una intensidad que se sitúe entre el 60 y 80% de las frecuencias máximas recomendadas. En ocasiones el paciente obeso está incapacitado para realizar ejercicio moderado, pudiéndose recomendar actividades como caminar que resultan también eficaces en la reducción del peso. (25)

Dislipemias

Las dislipemias se asocian a un amento del riesgo de enfermedad coronaria. La actividad física regular mejora el perfil lipídico a largo plazo, ya que aumenta el HDL colesterol, y disminuye los niveles de triglicéridos y de LDL colesterol. (9) En este tipo de pacientes se recomiendan sesiones de baja intensidad y más prolongadas para asegurar un gasto calórico suficiente. (7)

Asma

En el caso de pacientes asmáticos una revisión Cochrane en 2013 determina que la realización de ejercicio físico mejora su condición cardiopulmonar y tiene efectos positivos en su calidad de vida. Por ello es recomendable la realización de ejercicio de forma individualizada dependiendo de sus posibilidades, sin temor a un empeoramiento de sus síntomas. (26)

BIBLIOGRAFÍA

1. De Teresa C. El ejercicio físico: todavía un gran desconocido. On Mutua. [Internet]. 2009 [citado 1 Dic 2014]: 1-2. Disponible en www.revista.ibermutuamur.es/analisis-y-opinion/ejercicio-fisico-todavia-un-gran-desconocido/
2. Saz Peiró P, Gálvez Galve JJ, Ortiz Lucas M, Saz Tejero S. Ejercicio físico. Medicina Naturista. 2011; 5 (1): 18-23.
3. Who.int/es: Organización mundial de la salud [Internet]. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza: QT255; 2010 [citado 3 dic 2018]. Disponible en: www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/es/
4. Who.int/es: Organización mundial de la salud [Internet]. Resolución de la 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra; 2008 [citado 3 dic 2018]. Disponible en:

5. Pancorbo Sandoval AE, Pancorbo Arencibia EL et al. Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. La dosis de ejercicio cardiosaludable. Madrid. IMC. 2009.
6. Csd.gob.es: Consejo superior de deportes del Gobierno de España. [Internet].Plan Integral para la actividad física y el deporte [citado 10 dic 2018]. Disponible en: http://www.csd.gob.es/csd/sociedad/plan-integral-para-la-actividad-fisica-y-el-deporte-plan-a-d/
7. Boraita Pérez A. Ejercicio, piedra angular de la prevención cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2008; 61 (5):514-28.
8. Alastrue Pozo P, Caballero Figueroa A, Campillo Álvarez JE, Carreras González G, Comellas Berenguer C, Gutiérrez Espinal A et al. Diabetes y ejercicio. Biblioteca de la Sociedad Española de Diabetes. Mayo ediciones. Barcelona. 2006:1-114.

9. Gómez R, Monteiro H, Cossio-Bolaños MA, Fama-Cortez D, Zanesco A. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27 (3): 379-386.
10. Subirats Bayego E, Subirats Vila G, Soteras Martinez I. Prescripción de ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. Med Clin (Barc). 2012; 138 (1): 18-24.
11. Romaguera Bosch M, Antón Álvarez JJ, Durán Bellido E, Heras Tebar A, Peña Chimenis O, Serrat Sesé A. Prescripción de ejercicio físico. Rev Rol Enf. 2006; 29 (4): 264-270.
12. La actividad física como Estrategia Preventiva. Capítulo 2. PRO ERGO, FISO Kit. Fundación Iberoamericana de Seguridad y Salud Ocupacional. 2012.
13. González Jurado JA. La actividad física orientada a la promoción de la salud. Escuela Abierta. 2004; 7: 73-96.
14. Ramos Piñero M. Enfoque para justificar la promoción y prevención como medios en la erradicación del sedentarismo desde el ámbito laboral. Salud de los Trabajadores. 2007; 15 (2): 119-128.

15. Martinez-López E, Saldarriaga-Franco JF. Inactividad física y ausentismo en el ámbito laboral. Rev salud pública. 2008; 10 (2): 227-238.
16. Muyor JM, Águila C, Sicilia A, Orta A. Análisis de la motivación autodeterminada en usuarios de centros deportivos. Rev int med cienc act fís deporte. 2009; 9 (33): 67-80.
17. Moreno Murcia JA, Borges Silva F, Marcos Pardo PJ, Sierra Rodríguez AC, Huéscar Hernández E. Motivación, frecuencia y tipo de actividad en practicantes de ejercicio físico. Rev int med cienc act fís deporte. 2012; 12 (48): 649-662.
18. Murillo S, Novials A. Prescripción y tipo de ejercicio físico recomendado para pacientes con diabetes. Av Diabetol. 2007; 23 (1):33-39.K
19. Osha.europa.eu: Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo [Internet]. Promoción de la salud en el lugar de trabajo para trabajadores. Bélgica: FACTS; 2010 [citado 1 dic 2018]. Disponible en https://osha.europa.eu/es/publications/factsheets/94

20. Viñas Fort J, Mateos D, Carballo S, Casimiro A, Fabra F, Isern X et al. Plan integral para la actividad física y el deporte. Deporte en el ámbito laboral. Vol 1. Federación española de medicina deportiva. 2009: 1-97.
21. Mata F, Chulvi I, Roig J, Heredia JR, Isidro F, Benítez Sillero JD et al. Prescripción de ejercicio físico durante el embarazo. Rev Andal Med Deporte. 2010; 3 (2): 68-79.
22. Ejercicio para embarazadas para la prevención de la diabetes mellitus gestacional (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012; 7: 1-3.
23. Barakat Carballo R, López Mas C, Montejo Rodríguez R. Influencia del ejercicio físico en el tercer trimestre del embarazo sobre el comportamiento cardiocirculatorio de la unidad materno-fetal. Rev Andal Med Deporte. 2010; 3 (2): 47-51.

24. Fonseca-Junior SJ, Avelar de Bustamante Sá CG, Ferreira Rodrigues PA, Oliveira AJ, Fernandes-Filho J. Physical exercise and morbid obesity: a systematic review. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2013; 26 (1): 67-73.
25. García García E. ¿Cuál es el papel del ejercicio en la prevención y tratamiento de la obesidad? Revista de Endocrinología y Nutrición. 2004; 12 (3). Supl 4.
26. Entrenamiento físico para el asma (Revision Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; 9: 1-2.

TEMA 197. EL ALCOHOL Y LOS JOVENES ADOLESCENTES.

MARIA JOSEFA CASARRUBIOS ABAD.
MARIA JOSE DIAZ-PARREÑO CASARRUBIOS.

INDICE

- INTRODUCCIÓN DIAPOSITIVA 3
- COMPONENTES DEL ALCOHOL DIAPOSITIVA 4
- PROBLEMAS SOCIALES
  DERIVADOS DEL ALCOHOL DIAPOSITIVA 6
  1. INTOXICACIÓN ETILICA
  2. PROBLEMAS ESCOLARES
  3. ACCIDENTES DE TRAFICO
  4. EMBARAZOS NO DESEADOS
- PROBLEMAS DE SALUD
  POR EL ALCOHOL DIAPOSITIVA 13
- CONCLUSIÓN DIAPOSITIVA 15
- BIBLIOGRAFIA DIAPOSITIVA 16

INTRODUCCIÓN

En nuestra cultura esta presente el alcohol, desde el comienzo de los tiempos.

Se reúnen los jóvenes para charlar y beber en compañía de otros jóvenes/adolescentes, como una costumbre, sin darle ninguna importancia y así poder estar en grupo con sus amigos, como ellos lo denominan (tener vida social).

Algunos jóvenes lo ven en sus casa, cuando sus padres beben en las comidas y se juntan en reuniones, para estos jóvenes/adolescentes, por lo tanto no tiene ninguna importancia cuando al juntarse con sus amigos beben, pero lo que no saben, es donde esta el limite de beber mucho o poco (saber beber). DONDE ESTA EL LIMITE.

Debido a la tradición social y cultural, que hay del alcoholes muy consumida en España, así como una serie de mitos sobre los beneficios que puede producir en nuestro organismo el alcohol han acelerado más su consumo.

COMPONENTES DEL ALCOHOL

El principal componente de las bebidas alcohólicas, es el etanol (alcohol puro), las vitaminas, proteínas y minerales son casi nulas, aunque también tiene gran cantidad de azúcar.

El aporte calórico del alcohol proviene del azúcar y del etanol, aunque la proporción de ambos depende del tipo de bebida que se consuma, por la graduación de alcohol que tenga esa bebida alcólica.

El alcohol es metabolizado por el hígado por medio de sus dos vías enzimáticas, demostrándose que dichas vías enzimáticas tienen importante consecuencias nutricionales y metabólicas en los pacientes que ingieren y abusan del alcohol.

* Alcohol deshidrogenasa (ADN)
* Sistema microsomal oxidativo del alcohol (MEOS)

Por la vía respiratoria también es eliminado, por eso cuando nos hacen el Tés de alcolemia (La policía de trafico) se puede determinar por el aire espirado.

Es un depresor del SNC se absorbe muy bien por vía oral y se distribuye muy fácilmente por los tejidos, atravesando incluso la barrera placentaria (embarazas).

PROBLEMAS SOCIALES DERIVADOS DEL ALCOHOL

1. INTOXICACIÓN ETILICA

Aquellos síntomas más frecuentes que ocurren durante la intoxicación son: disartria, ataxia, marcha inestables y déficit de atención, la conciencia y la memoria puede llegar hasta un coma etílico.

También se produce vasodilatación y así se pierde calor corporal.

Se puede producir la muerte por depresión respiratoria, así como también, disminuye el rendimiento intelectual.

Aunque tenemos que tener en cuenta que depende de la tolerancia de cada individuo, estos síntomas pueden ha parecer de forma habitual o mas tardíos.

2. PROBLEMAS ESCOLARES

Al consumir gran cantidad de alcohol les repercute en el rendimiento de sus actividades escolares y conocimientos, produciendo un gran problema para poder asistir a las clases.

Hay investigaciones que demuestran y confirman que el consumo de alcohol esta en relación con el fracaso escolar.

Siendo un problema importante, pues hay un gran abandono de la escolaridad, llegando incluso algunos adolescentes ha abandonar sus estudios, al ser este rendimiento escolar mucho menor y echarle la culpa al colegio o profesores. **NO AL CONSUMO DE ALCOHOL**

También produce mayor numero de peleas y riñas entre los jóvenes/adolescentes.

El consumo de alcohol también puede actuar como una puerta de entrada para los jóvenes/adolescentes, puedan introducirse en el consumo de otras sustancias ilegales y más nocivas para el organismo, cocaína, heroína etc.

El alcohol es una sustancia que los jóvenes/adolescentes la suelen ver como una sustancia no lesiva, como si fuese algo normal pues tienen varias ideas del alcohol, como son:

- Creen que es una sustancia que pueden controlar.
- La ven segura y se creen que no es peligrosa.
- Su uso es cómodo y fácil.
- El precio es asequible para cualquier adolescente.

3. ACCIDENTES DE TRAFICO

Durante los fines de semana cuando se juntan los jóvenes/ adolescentes para poder beber y hacer el botellón, también se produce un mayor numero de desplazamientos con los coches y motos para desplazarse de un pueblo ha otro, en sus fiestas patronales.

La mayoría lo realiza bajo los efectos del alcohol, estos jóvenes se creen que van bien que solo han bebido un poco y eso no es perjudicial, pero si lo es, porque es cuando se producen el mayor numero de accidentes de trafico, sus capacidades de concentración están disminuidas.

Casi siempre son jóvenes/adolescentes que habían hecho varias veces estos desplazamientos con el automóvil/motos y no les había pasado nada, otros era su primera vez, pero lo que no sabían estos jóvenes/adolescentes es que lo mismo es su ultima vez.

Pero lo peligroso para estos jóvenes/adolescentes es que dejan su vida en el arcén de la carretera (mueren o sufren secuelas muy importantes), así como el daño psicológico que ha veces hacen a la unidad familiar sus padres.

4. EMBARAZOS NO DESEADOS

Una realidad que los jóvenes no saben del alcohol, es que si esta en dosis bajas puede aumentar la desinhibición y el deseo, pero a niveles elevados de alcohol aumenta los efectos de disminución de la respuesta sexual.

Muchos jóvenes/adolescentes durante los grandes botellones y juergas cuando están consumiente alcohol, tiene relaciones sexuales tanto las chicas/os con otros jóvenes, que cuando están sobrios no se acuerdan y así a veces las chicas terminan quedándose embarazadas sin contar con ello, produciéndose embarazos no deseados.

Estos jóvenes/adolescentes por miedo y vergüenza de cómo se ha producido dicho embarazo, no se los dicen a sus familiares y cuando lo hacen es ya demasiado tarde pues el embarazo esta ya muy avanzado y es peligroso el aborto para la joven adolescente

Cuando se produce el problema de ese embarazo ellas/os, no saben como decirles a las padres que van ha ser abuelos y como ha sucedido porque ellos mismos no saben quien es el padre, pues no se acuerdan de nada.

Esto produce también un gran problema social y familiar pues ha veces las familias no reaccionan bien a dicha situación.

PROBLEMAS DE SALUD POR EL ALCOHOL

- Cáncer: Cavidad oral, esófago, hígado, laringe.
- Enfermedades metabólicas: Diabetes mellitus tipo 2
- Trastornos mentales; Intoxicación aguda, psicosis (depresión)
- Enfermedades neurológicas: neuropatías, convulsiones.

- Enfermedades cardiovasculares: Hipertensión, arritmias, ictus isquémicos.

- Enfermedades gastrointestinales: cirrosis, pancreatitis, gastritis.

- Trastornos maternos y perineales: síndrome alcohólico fetal, prematuridad, bajo peso al nacer.

- Enfermedades infecciosas: VIH, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual.

- Lesiones intencionadas: suicidios.

CONCLUSIÓN

El consumo de alcohol entre los jóvenes/adolescentes va en aumento, bien por los anuncios en la televisión o los carteles publicitarios.

Los jóvenes/adolescentes lo ven en sus casas, si no conseguimos frenarlo, para poder dar mayor información de forma correcta y decir donde esta el limite del alcohol, esto nos esta perjudicando a todos en general.

Aumentan los accidentes trafico, riñas, así como los gastos económicos a la sociedad (sanitarios, sociales etc.). Lo mas importante la repercusión familiar, incluso destruyendo familias por el problema que tienen sus hijos con el alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

- Cordoba R, Robledo T, Nebot M, Cabezas C, Megido MJ, Marques F, et al. Alcohol, vino y salud: mitos y realidades. Atencion Primaria. 2007

- Cortes Tomas MT, Espejo Tort B, Martín del Río B, Gómez Iñiguez c, Tipologias de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas

- Sarasa-Renedo A, Sordo L, Molist G, Hoyos J, Guitart AM, Barrio G, Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo del alcohol. Rev Esp Salud Pública 2014; 88:469-491

TEMA 198. EL ANCIANO SOLO Y COMO MEJORAR SU TOMA DE MEDICACION MEDIANTE AUTOREGISTROS.

- MARIA TERESA ALONSO SUAREZ

ÍNDICE

ESQUEMA:

1. Introducción. El anciano.
2. Estadística sobre el número de ancianos solos.
3. Tienen enfermedades de tipo crónico.
4. Se les olvida tomar la medicación.
5. Importancia y utilidad de los autorregistros.
6. Conclusión.
7. Bibliografía.

1.- INTRODUCCION. EL ANCIANO.

Definición de envejecimiento:

La RAE define al anciano como: una persona de mucha edad.

El envejecimiento: acción o efecto de envejecer.

La Organización Mundial de la Salud, define el envejecimiento como el proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies, durante todo el ciclo de la vida. Esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos de estos cambios, que se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos, no son iguales (CSI, 2019).

- ***La OMS establece tres etapas:***
  - De 60 a 74 años: estamos ante el adulto mayor o anciano joven.
  - De 75 a 90 años: los ancianos.
  - Los mayores de 90: sería el anciano longevo o los grandes viejos.
- El comienzo de la ancianidad varía entre países empobrecidos y los países enriquecidos. En los primeros, se considera al adulto mayor, a aquella persona con una edad igual o superior a los 60 años y en los segundos, a partir de los 65, coincidiendo con la edad de jubilación.
- Los gerontólogos han tratado de considerar las diferencias individuales mediante la división en dos categorías:
  - Viejo joven para agrupar a las personas de 65 y 74 años y
  - El viejo viejo, para los de 75 años o más (CSI, 2019).

- La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta ***cuatro tipos de edades:***
  - Edad cronológica: es el número de años transcurridos desde el nacimiento de la persona.
  - La edad biológica: esta determinada por el grado de deterioro de los órganos.
  - La edad psicológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación.
  - La edad social: establece el papel individual que debe desempeñar en la sociedad en la que el individuo debe desenvolverse (CSI, 2019).

Características del envejecimiento:

El envejecimiento es un proceso normal (…) y progresivo que sólo concluye con la muerte del individuo y ocurre en todos los seres vivos. El envejecimiento lleva al organismo a un estado de disminución de la reserva funcional, lo que aumentar su inestabilidad ante situaciones de estrés. El envejecimiento es universal, encontrándose en todos los seres vivos y es irreversible por lo que no puede detenerse ni revertirse. La declinación funcional varía de sujeto a sujeto y de órgano a órgano, dentro de la misma persona. El envejecimiento se caracteriza porque lleva a una progresiva pérdida de función. La prevención, el tratamiento de las enfermedades y el mejoramiento de los factores ambientales, han hecho que la sobrevida se prolongue, lo que trae como consecuencia que la mayoría de la población logren vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud (CSI, 2019).

- ***Tipos de ancianos:***

  - El anciano sano: se trata de una persona de edad avanzada, con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para las actividades básicas instrumentales de la vida y no representa una problemática mental o social derivada de su estado de salud.
  - El anciano enfermo: es aquel anciano sano que presenta una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Sus problemas de salud pueden ser resueltos con normalidad en los servicios tradicionales de la especialidad médica que le corresponda.

- El anciano frágil: es aquel anciano que conserva su independencia de forma precaria. Se encuentra en riesgo de volverse dependiente. Suele presentar una o varias enfermedades de base que cuando están compensadas, permiten al anciano mantener una independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno sociofamiliar. En estos pacientes los procesos intercurrentes pueden llevar a una situación de dependencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. Podríamos definirlo como una situación de pre-dependencia.
- Paciente geriátrico: es aquel paciente de avanzada edad o mayores de 70 años, con una o varias enfermedades de base y evolucionadas, en el cual existe ya un cierto grado de discapacidad (CSI, 2019).

- Uno de los rasgos demográficos más característicos de los países enriquecidos es el envejecimiento de su población o lo que es lo mismo, el aumento por parte de la población de mayor edad, en relación al resto.
- El envejecimiento poblacional se produce, tanto por el hecho de que las personas viven más años, derivado de los avances de la medicina, de la mejora de las condiciones de vida, como por la reducción del número de personas más jóvenes, originada básicamente por la caída de la natalidad tras unas condiciones sociales determinadas (CSI, 2019).
- Este fenómeno comenzó en Europa en el año 1965, llegando a España unos 10 años más tarde y ha producido enormes cambios sociales en la economía y en los movimientos migratorios, habiéndose convertido además en un tema de preocupación para los gobiernos de los países afectados.

- El envejecimiento poblacional ha pasado a considerarse característica del desarrollo a tratarse actualmente como síntoma de una decadencia de occidente, siendo una preocupación mundial, ya que es un fenómeno que incide en el ámbito político, económico, social y científico de los países enriquecidos.
- En España la población mayor de 65 años, representa más del 16% de la población total, proporción que aumentará gradualmente y llegan a ser mayor de un 31% en el 2050. Además, uno de cada tres mayores, tendrán más de 80 años. Esto indica un crecimiento de este subgrupo de personas mayores, denominados sobre-envejecimiento y en consecuencia que la tasa de dependencia aumentará en los próximos años.

2.- ESTADÍSTICA SOBRE EL NÚMERO DE ANCIANOS SOLOS (según el INE, 2018).

- El número total de hogares en nuestro país es de 18.535.900.

- En 2018, ***2.037.700 personas mayores de 65 años, viven solas en España.*** Lo que representa un 10,99%. Si tenemos en cuenta que la variación anual es de 3,9, constatamos que la tendencia va en aumento y con una progresión rápida.

3.- TIENEN ENFERMEDADES DE TIPO CRÓNICO.

- Según la OMS los principales problemas de salud que se encuentran en los ancianos suelen ir asociados a enfermedades crónicas y no transmisibles. Las enfermedades crónicas más comunes entre individuos de edad avanzada suelen ser las de carácter **neurodegenerativo** (como Parkinson, Alzheimer o esclerosis múltiple), **circulatorio** (como la hipertensión), **respiratorio** (como asma o hipertensión pulmonar), **osteoarticular** (como lumbalgia u osteoporosis) y otras de carácter **genitourinario** (como incontinencia urinaria o impotencia).
- Algunas de estas patologías frecuentes, exigen al anciano en general y al anciano solo en particular, tomar medicaciones a diario para sus dolencias de carácter crónico.

4.- SE LES OLVIDA TOMAR LA MEDICACIÓN.

- A partir de los 65 años, el anciano suele tener una disminución en sus capacidades para retener información, o una memoria a corto plazo más débil. Cuando el anciano vive solo, los problemas para recordar con facilidad, aumentan. Como consecuencia de tal dificultad para recordar, se producen no solo olvidos, al tomar la medicación, si no situaciones particularmente negativas de sobredosis. Es por ello que proponemos una solución que puede ayudar a la mejora de la problemática ...

5.- IMPORTANCIA Y UTILIDAD DE LOS AUTORREGISTROS.

- Los autoregistros son una herramienta útil para que cualquier persona y especialmente el anciano, pueda conocerse mejor. Igualmente son técnicas útiles para implantar conductas (DAVIS, MCKAY, ESHELMAN, 1998 y LABRADOR, 2000): y puede estar particularmente indicada para una toma eficiente de medicamentos.
- Esta técnica de utilidad general para la población, creemos que puede resultar eficiente para la toma de medicamentos entre la gente mayor sola.
- Con papel y bolígrafo, se debe registrar el nombre del medicamento, la fecha de comienzo de la toma, la dosis parcial, la frecuencia prescrita, días y horas. Día: en la columna primera se registrará el día de la semana o mes que corresponde a la toma. Hora: se planificará las horas en las columnas siguientes, en las que se debe tomar la medicación correspondiente.
- Para mayor eficacia se debe colocar el autorregistro en un lugar bien visible, como por ejemplo: el frigorífico, con un imán.

EJEMPLO:

Toma de un antibiótico “x” días, 3 tomas cada día y una toma cada 8 horas.

Día	Mañana 6,00	Medio día 14,00	Noche 22,00
Lunes	+	+	+
Martes	+	+	+
Miércoles	+	+	+
Jueves	+		
Viernes			
Sábado			
Domingo			

6.- CONCLUSION.

- Pensamos que la técnica que proponemos del uso de autoregistros para la toma de medicación entre ancianos solos, puede presentar resultados de eficiencia muy prometedores.

7.- BIBLIOGRAFÍA.

- CSI (Confederación Sindical de Izquierdas) (2019): *"Temario Parte General Auxiliar Enfermería OPE SESPA".*
- DAVIS, M., MCKAY M., ESHELMAN E.R. (1998): *"Técnicas de autocontrol emocional".* Capítulo 13: "Administración de tiempo". Editorial Martínez Roca. Barcelona.
- EL RINCON DEL CUIDADOR. www.elrincondelcuidador.es/
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. Dirección de Enfermería. *"Normas de cumplimentación registros enfermeros. Hoja de administración de medicación".*
- INE (Instituto Nacional de Estadística) (2018) - www.ine.es
- LABRADOR F. J. (2000):*"¿Voluntad o autocontrol?".* Capítulo 5: "Autocontrol y fuerza de voluntad. El control de las conductas propias". Editorial Temas de Hoy. Madrid.

TEMA 199. EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO.

- ANGELA HERNANDO TEMPRANA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- LA CLÍNICA DEL VPH
- LESIONES NEOPLÁSICAS POR VPH
- DIAGNÓSTICO DEL VPH
- CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El profesor Haradl Zur Hausen sugirió hace tres décadas sugirió que el Virus del Papiloma Humano era el agente causal del cáncer de cérvix uterino, lo que le llevó a recibir el Premio Nobel de Medicina en 2008. (1)

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es un virus ADN (ácido desoxirribonucléico), que produce una infección de transmisión sexual de gran importancia en la actualidad, pues algunos subtipos del virus poseen gran potencial oncogénico.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) apunta que entre el 50 y el 75% de los adultos sexualmente activos serán portadores del HPV en algún momento de sus vidas. Se calcula que alrededor de 291 millones de mujeres en el mundo son portadoras, un 32% del subtipo 16 o 18 del virus, de alto riesgo oncogénico.

El 70% de los cánceres de cuello de útero se asocian a genotipos del HPV 16 o 18. En España las mujeres de entre 18 y 65 años presentan una prevalencia de infección en un 14,3% al realizarse el screening citológico.

Los genotipos de bajo riesgo, VPH 6 y 11 producen un elevado porcentaje de displasias cervicales leves y más del 90% de las verrugas genitales o condilomas.

Generalmente las infecciones por VPH remiten espontáneamente en un plazo máximo de dos años, aunque las que persisten, tienen alto riesgo de derivar en lesiones precancerosas de cuello uterino y evolucionar en un cáncer cervical.

La comunidad científica hace hincapié en la prevención de transmisión del virus, desde la educación sanitaria a población de riesgo, cribados citológicos rutinarios y la inclusión de la vacuna tetravalente comercializada, que ha dado lugar a debates sobre su efectividad y la aceptación entre la población.

En este trabajo se hace un repaso a una pequeña parte de la extensa bibliografía ya existente sobre el Virus del Papiloma Humano.

EPIDEMIOLOGÍA

Se han reconocido en base a los análisis de secuencia de DNA del VPH más de 100 genotipos. Los papilomavirus conocidos se agrupan en 16 géneros y los VPH se encuentran en 5 de éstos.

Los tipos de VPH más relevantes son papilomavirus Alpha (α) y Beta (β).

Los tipo Alpha son los más frecuentes en casos de infección en zona genital. (2)

El VPH 16 es el responsable de más del 50% frente al 20% del VPH 18. (3)

También han sido relacionados los VPH con el desarrollo de tumores malignos en distintas localizaciones a la genital, como vagina, vulva, pene o cavidad bucal, aunque esto representa un considerable menor porcentaje que la implicación en cáncer de cérvix. (4)

Según un estudio realizado en 2015 en España, la infección por VPH la prevalencia máxima es en mujeres jóvenes y disminuye con la edad. (5)

Hay bibliografía que atribuye el diagnóstico de unos 1950 casos al año de carcinoma de cérvix en España. (6) Y se le atribuye una tasa de mortalidad de 700 casos al año. (7)

CLASIFICACIÓN DE LOS VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO [8]

VPH ALPHA

De tipo mucosa y genital

- **Alto riesgo oncológico**: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 58, 59, 68 y 73
- **Bajo riesgo oncológico**: 6, 11, 26, 30, 32, 40, 62, 70, 72 y 81

VPH BETA

Tipo epidermodisplasia verruciforme

5, 8, 9, 12, 14, 15, 17,19, 25, 36, 38, 47.

VPH GAMMA

1, 2, 3, 4, 7, 10, 49, 57

LA CLÍNICA DEL VPH

El VPH puede estar presente y no por ello manifestar una clínica que nos haga sospechar una lesión precursora del cáncer.

Las lesiones causadas por este virus se encuentran dentro de las enfermedades de transmisión sexual.

La manifestación clínica más frecuente del virus son las verrugas genitales, tumoraciones benignas de transmisión sexual. (9)

LESIONES NEOPLÁSICAS POR VPH

La primera clasificación descrita fue propuesta por Papanicolau en 1928, Richart en 1967 y después se clasificó como neoplasia intraepitelial cervical (CIN).

En 1988 se reunieron sociedades de patólogos y ginecólogos para acordar una nomenclatura llamada Sistema Bethesda.

Las neoplasias cervicales intraepiteliales (CIN) se clasifican según el grado de estadios celulares relacionados con la proliferación de las células basales y grado de diferenciación celular de los estratos superficiales de la mucosa neoplásica. (10, 11)

CIN I : Alteraciones en tercio inferior del epitelio
CIN II: Alteraciones en los dos tercios inferiores del estrato epitelial
CIN III: Alteraciones en más de dos tercios inferiores o en la totalidad del espesor del epitelio

	Sistema PAP	Richart	Bethesda
Clase I	Normal		
Clase II	Normal Displasia leve	CIN I	HPV
Clase III	Displasia moderada Displasia severa	CIN II CIN III	Bajo grado Alto grado
Clase IV	Cáncer in situ	Ca in situ	Alto grado
Clase V	Cáncer invasor		

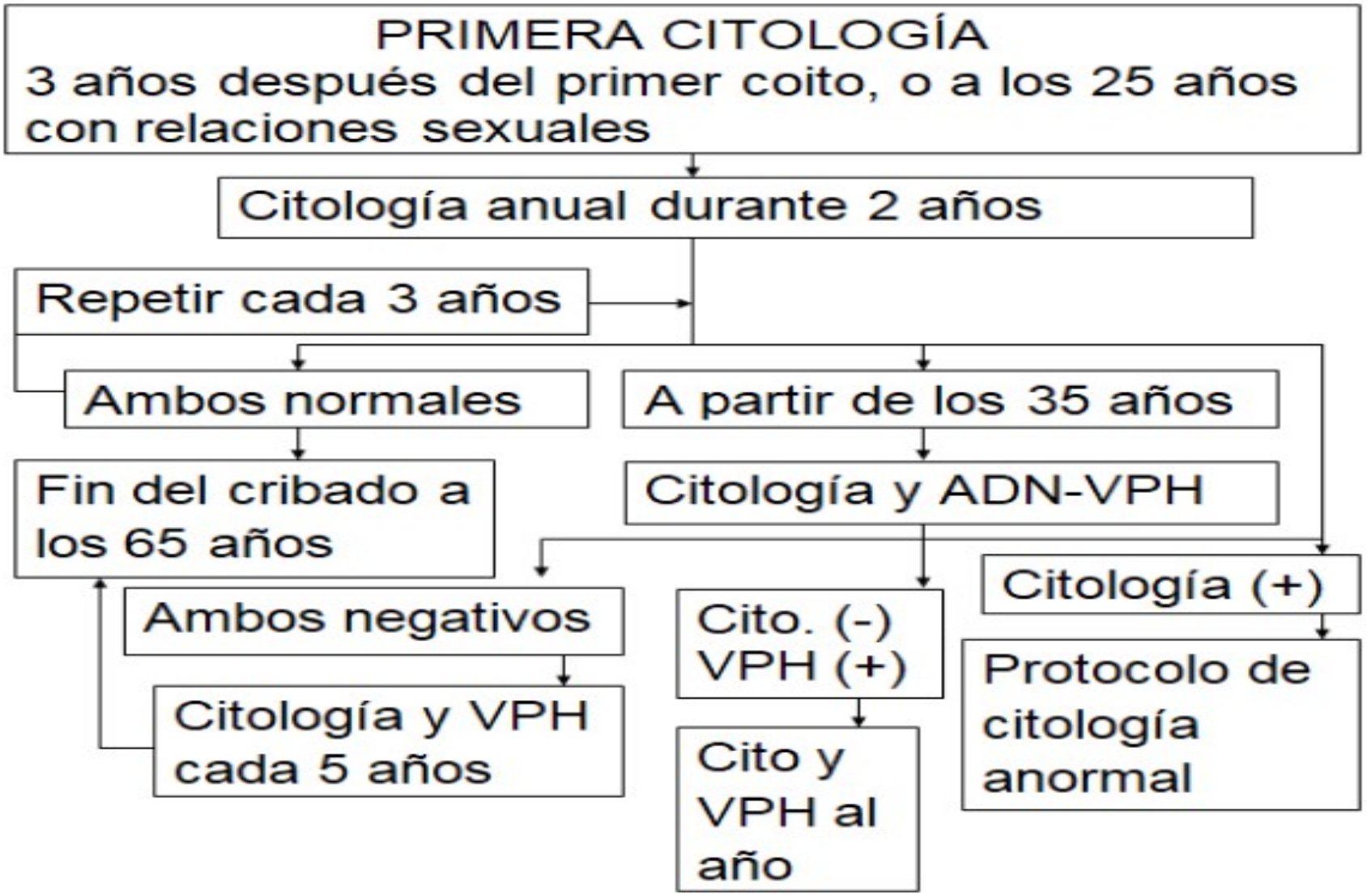
DIAGNÓSTICO DEL VPH

- Diagnóstico morfológico con estudio citológico o histológico con biopsia

- Detección de proteínas del VPH a través de pruebas de inmunohistoquímica

- Detección de secuencias genómicas del VPH con análisis cualitativos de DNA

CRIBADO DEL CÁNCER DE CÉRVIX



CONCLUSIONES

La infección por VPH es una enfermedad de transmisión sexual de gran importancia en la aparición de neoplasias de cuello uterino.

Se tienen bien diferenciados los genotipos que presentan mayor riesgo para lesiones precursoras neoplásicas, lo que permite un seguimiento más exhaustivo al detectarlos en los cribados rutinarios.

Existen medidas de prevención específicas para controlar la aparición de lesiones por VPH, ya sean leves o graves.
Desde la educación sanitaria tanto en casa como en los colegios, y todas las campañas que se puedan realizar desde el ámbito sanitario. Los cribados rutinarios establecidos para screening citológicos.

Y la vacunación frente al VPH, tema que aún resulta relativamente novedoso, ya que la comercialización de las vacunas en España comenzó en 2008, creando debate sobre su aceptación.

En un primer momento se recomienda la vacunación en niñas de entre 9 y 14 años, ampliándose a mujeres de hasta 26 y niños de 9 a 13 años, documento suscrito por siete sociedades médicas de nuestro país y la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)

BIBLIOGRAFÍA

1- zur Hausen H: Human papillomaviruses and their possible role in squamous cell carcinomas. Curr Top Microbiol Immunol 1977;

2- de Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard HU, zur Hausen H: Classification of papillomaviruses. Virology 2004;

3- Reimers LL, Anderson WF, Rosenberg PS, Henson DE, Castle PE. Etiologic Heterogeneity for Cervical Carcinoma by Histopathologic Type, using comparative age Lizano et al, Cancerología 4 (2009): 205-216 215 period-cohort models. Cancer Epidemial Biomarkers Prev. 2009;

4- Pakin DM, Bray F. Chapter 2: The burden of HPV-related cancers. Vaccine 24S3 (2006)

5- https://es.slideshare.net/fmarquezma/prevalencia-y-prevencin-del-hpv-en-andaluca-espaa el Dr. Francisco Márquez Maraver

6- Alameda Quitllet. Simposio Sociedad Española de Anatomía Patológica-Sociedad Española de Citología: detección de virus de papiloma humano en programas de cribado de cáncer cervical.
7- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Globocan 2002 CancerBase No 5 version 2.0. Lyon: IARC Press, 2004
8- TATTI, S., FLEIDER, L., & MALDONADO, V. (2013). *Atlas of Infectious Disease Pathology*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana.
9- Dunne EF, Unger ER, Sternberg M, McQuillan G, Swan DC, Patel SS, et al. Prevalence of HPV infection among females in the United States. JAMA. 2007
10- Richart RM. A Theory of Cervical Carcinogenesis. Ostet and Gynec Surv, 1969
11- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, et al. The 2001 Bethesda System. JAMA, 2114, 2002.

TEMA 200. ENFERMEDAD DE PÁRKINSON.

- NORMA LORENA BUYO AVALOS.

ÍNDICE.

- 1- ¿QUÉ ES EL PÁRKINSON?
- 2- CAUSAS.
- 3-DIAGNÓSTICO: a) SÍNTOMAS MOTORES.
  b) SÍNTOMAS NO MOTORES.
- 4- TRATAMIENTOS.
- FALSOS MITOS.
- BIBLIOGRAFÍA.

¿QUÉ ES EL PÁRKINSON?

El párkinson es un trastorno neurodegenerativo que afecta al sistema nervioso de manera crónica y progresiva.

Es la segunda enfermedad más prevalente en la actualidad después del Alzheimer y pertenece a los llamados trastornos del movimiento.

Se caracteriza por la pérdida o degeneración de neuronas en la sustancia negra en la parte media del cerebro.

Provoca falta de dopamina en el organismo y hace que el control de movimiento se vea alterado, dando lugar a los síntomas motores típicos como el temblor en reposo o la rigidez.

CAUSAS.

No se conoce las causas; sin embargo, se considera que podría deberse a una combinación de factores genéticos, medioambientales y del propio envejecimiento.

La edad: es un factor claro de riesgo, la media de edad de inicio es entre los 55-60 años y aumenta exponencialmente a partir de la sexta década de la vida.

Cuando aparece antes de los 50 años se denomina enfermedad de párkinson de inicio temprano.

Factores genéticos: entre un 15 y 25% cuentan con algún familiar que ha tenido la enfermedad.

Factores medioambientales: el consumo continuado a lo largo de los años de agua de pozo o exposición a pesticidas y herbicidas.

DIAGNÓSTICO.

Es fundamentalmente clínico y se realiza en base a la historia clínica y la exploración neurológica de la persona, ya que no existe en la actualidad un marcador bioquímico.

Síntomas motores: Bradicinesia, temblor en reposo, rigidez muscular, inestabilidad postural, hiponimia, hipofonía, disartria, sialorrea, dificultad respiratoria.

Síntomas no motores: Neuro-siquiátricos: trastornos afectivos, alteraciones cognitivas, alucinaciones, delirios, demencia, trastornos del control del impulso.

Del sueño: somnolencia diurna, pesadillas, sueños vívidos, insomnio, sueños fragmentados, síndrome de piernas inquietas.

DIAGNÓSTICO.

Digestivos: disfagia, náuseas, estreñimiento.

Sensoriales: dolor, parestesias, hiposmia, anosmia, alteraciones visuales.

Autonómicos: hipotensión ortostática, sudoración excesiva, seborrea, disfunción sexual, alteraciones de la micción.

Otros: fatiga, pérdida de peso.

TRATAMIENTO.

Debe estar adaptado a cada persona en cada momento.

Farmacológicos: No hay tratamiento curativo. La medicación se centra en reestablecer la dopamina del cerebro y así mejorar los síntomas.

Fármacos que se emplean: precursores de la dopamina, agonistas de la dopamina, anticolinérgicos, amantadina, etc.

Quirúrgicos: se implantan electrodos en el cerebro para estimularlo.

No farmacológicos: terapias rehabilitadoras, fisioterapias, logopedas, terapia ocupacional, psicología.

FALSOS MITOS.

- Es una enfermedad hereditaria: tan solo un 10-15% de los casos tienen algún familiar con la enfermedad.
- Es una enfermedad de mayores: aunque aparece con frecuencia entre los 40 y 70 años, hay casos de párkinson en jóvenes.
- Aparece más a hombres y ciertas razas: la enfermedad no hace distinción entre sexos ni razas.
- Produce demencia: genera dificultades para hacer movimientos y expresarse, lo que lleva al error de pensar en procesos demenciales.
- El temblor es el primer signo de alarma: es el síntoma más popular pero no todos lo padecen.
- Todo temblor es párkinson: NO.

FALSOS MITOS.

- No limita la realización de tareas cotidianas: se ve gravemente afectada la capacidad de desempeñar AVD y se llega a necesitar cuidados.
- Es una enfermedad mortal: una persona puede fallecer con párkinson, pero no de párkinson.
- Solo se puede tratar con fármacos: hay que combinar fármacos con terapias rehabilitadoras.

BIBLIOGRAFÍA.

- https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html
- https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html
- https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/
- https://www.parkinsonmadrid.org/el-parkinson/el-parkinson-definicion/
- https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actualizacion-en-la-enfermedad-de-S0716864016300372
- http://www.cmzh.com.mx/media/108952/rev_25_diagnostico_y_tratamiento_de_la_enfermedad_de_parkinson.pdf