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. **EI ALCOHOLISMO EN LA ACTUALIDAD.**
- ***YOLANDA SÁNCHEZ BUJAN***
- Tema 58. **EFECTOS DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO CON ELECTROESTIMULACIÓN INTEGRAL DE 8 SEMANAS DE DURACIÓN SOBRE LA COMPOSICIÓN CORPORAL.**
- ***JORGE SÁNCHEZ-INFANTE GÓMEZ-ESCALONILLA***
- Tema 59. **ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO EN EL SISTEMA SANITARIO: MODELO ASISTENCIAL ÓPTIMO.**
- ***ALBA DE LA VEGA GALÁN, JOSE MANUEL GUTIÉRREZ LÓPEZ, SHEILA PECES SÁNCHEZ***
- Tema 60. **CUIDADOS BÁSICOS DEL ANCIANO.**
- ***ELDA MARGARITA CUESTA ÁLVAREZ, MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 61. **CUIDANDO AL CUIDADOR REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.**
- ***MARIBEL ZOILA REYNALDO VIRHUEZ***
- Tema 62. **DEPRESIÓN.**
- ***VANESSA FORCELLEDO FERNÁNDEZ, ALEJANDRA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ, VERÓNICA 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 RAKASIENE***
- Tema 203. **HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD).**
- ***JUDITH ÁLVAREZ RIESGO, ALBA MARÍA CABAL VALLE, ALICIA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ, ELISA ANTORANZ CASTRO***
- Tema 204. **EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO : LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.**
- ***BENJAMIN CASTAÑO COTA, JOSE MANUEL GARCIA PEREZ***
- Tema 205. **LA ANOREXIA NERVIOSA.**
- ***ELISA VALLINA GONZÁLEZ, ESPERANZA VELASCO CAMPA***
- Tema 206. **LA INFLUENCIA DE LA CULTURA EN EL DOLOR CRÓNICO.**
- ***JOSÉ ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO, CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ***
- Tema 207. **LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL.**
- ***RUBÉN DÍAZ ROCES, IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO***
- Tema 208. **FACTORES PERSONALES QUE INTERVIENEN EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL/DE LA NIÑO-A O ADOLESCENTE EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS.**
- ***JOSÉ M. MONFORTE-ESPIAU, M. CRISTINA ECHAPARE-ZABALETA, ERIKA GÓMEZ-LARRAMBE, SONIA ISO-GAYARRE***
- Tema 209. **MAMOGRAFÍA: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.**
- ***ANGELA BAÑOS TRABANCO, AROA IGLESIAS MARTINEZ, SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ, RAQUEL SERRANO FERRERO***
- Tema 210. **MOBBING- ¿LUGAR DE EMPLEO O LUGAR DE ASEDIO?.**
- ***LYDIA WARNER PALLÁS, M. JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

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

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 221. **RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO.**
- ***VANESA MONTES COLLIA, HECTOR CRISTOBO MARTINEZ, PATRICIA SUAREZ RODRIGUEZ, RAUL GUTIERREZ PRADO***
- Tema 222. **PARACENTESIS PAUTAS DE ACTUACIÓN.**
- ***JULIO R. MORGADO RODRIGUEZ***
- Tema 223. **SALUD SOCIAL**
- ***ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS, BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS, SILVIA MEANA GÓMEZ***
- Tema 224. **GESTIÓN AMBIENTAL HOSPITALARIA.**
- ***FRANCISCO JOSE VILLALGORDO GIL, DANIEL VALLEJO SIERRA, JOSE LUIS RUIZ CAROT, AMPARO GARCÍA RUIZ***
- Tema 225. **SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL. INFLUENCIAS DE LA CONTAMINACIÓN.**
- ***FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA, SUSANA LÓPEZ CARRO, PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA, Mª AMOR QUETZAL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ***
- Tema 226. **DETERIORO COGNITIVO.**
- ***MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ***
- Tema 227. **SARAMPIÓN.**
- ***COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ, VIRGINIA CASTARROYO MERINO, MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, YESICA DÍAZ ROCES***
- Tema 228. **ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA CON SEDACIÓN.**
- ***REBECA RODRÍGUEZ ECHEVARRÍA, DESIRÉ FERNÁNDEZ CUESTA, LUCÍA MERA MARTÍNEZ, BELÉN 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 201. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE CALIDAD DE SUMINISTROS EN CENTROS SANITARIOS.

FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- INVESTIGACIÓN
- PLAN DE TRABAJO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trabajadores de los diferentes sistemas sanitarios públicos se ven implicados en la mejora de la calidad asistencial. Lo que se pretende con este estudio es evaluar el alcance y las consecuencias de la mejora de la calidad asistencial en centros sanitarios y las variable que influyen.

OBJETIVOS

El objetivo general que se persigue con este estudio es el de identificar las variables que influyen en la calidad asistencial en centros sanitarios.
Como objetivos específicos, se tratará de identificar las consecuencias para los trabajadores y hacer propuestas de mejora que puedan ayudar a un incremento de la calidad asistencial.

INVESTIGACIÓN

Para llevar a cabo la investigación, se realizará un estudio analítico transversal, que aunque no nos den una fuerte evidencia sobre las variables, nos den información que nos ayude en la generación de hipótesis sobre las posibles variables o para plantear otros estudios.

PLAN DE TRABAJO

Para recabar información, se realizarán entrevistas y cuestionarios que nos permitan obtener resultados que nos ayuden a conseguir los objetivos planteados.
Las variables tratadas serán variadas y todas relacionadas con derechos reconocidos a los trabajadores como pueden ser: calidad de la atención, tiempos de atención, escasez de profesionales, etc....

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- BELMONTE NIETO, Manuel: Enseñar a investigar. Orientaciones prácticas. Ed. Mensajero, Bilbao, 2002.
- WALKER, Melissa: Cómo escribir trabajos de investigación. Ed. Gedisa, Barcelona, 2000.

TEMA 202. EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN UNA EMPRESA DE ENVASES METÁLICOS.

- JOSÉ CARLOS GÓMEZ GARCÍA
- ANA ISABEL CASTEJÓN ROS
- Mª DOLORES ALCARAZ ANDREU
- EDITA RAKASIENE

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En el estudio desarrollado a continuación se realizó un análisis exhaustivo de los posibles riesgos psicosociales a los que los trabajadores/as de una FÁBRICA DE ENVASES METÁLICOS podrían estar expuestos en el desarrollo de su actividad laboral. En prevención de riesgos laborales se han estudiado ampliamente los riesgos relativos a la ergonomía o al medio ambiente, pero los riesgos psicosociales están menos investigados en este ámbito, aunque cada vez es más evidente que los trabajadores/as pueden verse expuestos a situaciones que pueden dar lugar a afecciones en el aspecto emocional, y es por ello, que el desarrollo de estrategias de prevención por parte de los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas adquiere una importancia capital.

METODOLOGÍA

La población estudiada fueron 26 trabajadores/as de una FÁBRICA DE ENVASES METÁLICOS.

Para determinar la exposición a los riesgos psicosociales se utilizó la versión media del Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales de COPSOQ ISTAS 21. COPSOQ es una herramienta empleada para investigar, evaluar y prevenir los riesgos psicosociales. Se creó en Dinamarca, y es de uso internacional, habiéndose traducido a más de 25 idiomas, y empleado en multitud de estudios científicos.

En nuestro caso utilizaremos la versión media, que está destinada a empresas que cuentan con más de 25 trabajadores/as, consta de 20 dimensiones integradas en estos grandes grupos: exigencias psicológicas; conflicto trabajo-familia; control sobre el trabajo; apoyo social y calidad de liderazgo; compensaciones y capital social.

Tras el análisis y la obtención de los resultados se diseñaron recomendaciones para la prevención de los riesgos psicosociales detectados en la población sometida a estudio, para ello se utilizó la matriz que contiene el método COPSOQ.

A través del informe preliminar elaborado con los datos obtenidos mediante el Cuestionario del método COPSOQ ISTAS 21, se pudo determinar para cada una de las 20 dimensiones analizadas si la exposición de los trabajadores/as a la misma era desfavorable, intermedia o favorable. La aplicación proporcionaba los resultados en porcentajes, número de trabajadores/as expuestos, así como generaba unas tablas y gráficos muy ilustrativos que nos permitían hacernos una idea rápida de la exposición de los trabajadores/as a esa dimensión analizada.

RESULTADOS

Los resultados más destacados del estudio realizado fueron que los trabajadores/as de la FÁBRICA DE ENVASES METÁLICOS sometida a análisis presentaban una situación desfavorable que requería acciones precoces en cuatro de las dimensiones analizadas, estas dimensiones fueron: inseguridad sobre las condiciones de trabajo, apoyo social de los superiores, ritmo de trabajo y exigencias emocionales.

CONCLUSIONES

La exposición a riesgos psicosociales de los trabajadores/as de la FÁBRICA DE ENVASES METÁLICOS sometida a análisis en este estudio se puede considerar alta, ya que los datos obtenidos arrojan resultados desfavorables en varias de las dimensiones analizadas. Es por ello, que el técnico de prevención de riesgos laborales junto con el Grupo de Trabajo definido para la realización de este estudio deben diseñar e implementar medidas preventivas que permitan si no eliminar, mitigar la exposición a riesgos psicosociales que se presentan en la plantilla de producción de la empresa sometida a análisis.

BIBLIOGRAFÍA

- https://eur-lex.europa.eu/legal content/ES/TXT/?uri=celex:31989L0391
- European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Research on work-related stress [on line], Luxembourg: EU-OSHA; 2000 [citado 19 oct. 2014] Disponible en: http:osha.europa,eu/en/publications/reports/203.[Links]
- Cuenca R. Introducción a los riesgos laborales de naturaleza psicosocial. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 1996.[Links]
- https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-12946
- https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-1853
- OIT Factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control. Ginebra: OIT;1986. [Links]

- OSHA European Agency for Safety and Health at Work. EUROPEAN RISK OBSERVATORY REPORT. Expert Forecast on emerging Psychosocial risks related to occupational safety and health; 2007. osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118. [Links]
- Villalobos G. Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. Cienc Trab. 2004;6:197-201.[Links]
- Levi L. Factores psicosociales y de organización. En: Sauter L, Murphy L, Hurrel J, Levi L, editores. Enciclopedia de la salud en el trabajo. Vol. 3. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales;1998.[Links]

- Marrero ML, Román JJ, Salomón AN, Estrés psicosocial como factor de riesgo para las complicaciones de la gestación y bajo peso al nacer, Rev Cubana Salud Pública [en linea] 2014 [citado 20 oct 2014]; 39(1): 864-880. Disponible en: http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500006&lng=es&nrm=iso.[Links]
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). Research on work-related stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities: European Agency for Safety & Health at Work.
- Kivimaki, M., Vahtera, J.,T. L., Griffiths, A., Cox, T. & Pentti, J. (1997). Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline. Journal of Applied Psychology, 82, 858-872.

- https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/riesgos-psicosociales
- https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-12946-consolidado.pdf
- http://copsoq.istas21.net/index.asp?ra_id=49
- http://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%202(24-07-2014).pdf

TEMA 203. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD).

JUDITH ÁLVAREZ RIESGO
ALBA MARÍA CABAL VALLE
ALICIA MENÉNDEZ RODRÍGUEZ
ELISA ANTORANZ CASTRO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- DESARROLLO
  - OBJETIVOS DE LA HAD
  - BENEFICIOS DE LA HAD
  - PROFESIONALES DE LA HAD
  - CRITERIOS DE INGRESO EN LA HAD
  - PATOLOGÍAS SUSCEPTIBLES DE INGRESO EN LA HAD
  - DINÁMICA DE TRABAJO EN LA HAD
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas en los países desarrollados se ha transformado en morbilidad mucho de lo que antes era mortalidad, conllevando así el aumento de las enfermedades crónicas, y con ello el incremento de los costes sanitarios debido al envejecimiento de la población, generando nuevas formas de asistencia sanitaria, como la hospitalización a domicilio (HAD).[1-7]

La HAD se define como una alternativa asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en los hospitales. Es proporcionada por profesionales de salud especializados, durante un período de tiempo limitado, a pacientes que de otra manera habrían precisado atención en un hospital.[8-9]

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como la ‘’provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte.[10]

La HAD fue iniciada en el hospital Guido Montefiore de New York en 1947 por bluestone, en Europa en 1951 en el hospital Tenon de París, y en España en 1981 en el hospital Provincial de Madrid (Gregorio Marañón), aunque hasta 1986 no fue reconocida como servicio de HAD.[11-14]

INTRODUCCIÓN

La falta de un marco regulador específico ha provocado un desarrollo irregular de estas unidades, las cuáles aparecen reconocidas en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2006.[15-18]

Actualmente existen 111 unidades de HAD en España: Asturias: 2, Cantabria: 1, País Vasco: 11, Navarra: 2, La Rioja: 2, Cataluña: 22, Aragón: 2, Baleares: 2, Comunidad Valenciana: 27, Murcia: 2, Canarias: 5, Andalucía: 5, Extremadura: 1, Madrid: 5, Castilla y león: 5 y Galicia: 17.[20]

Desde el punto de vista de la efectividad, a la HAD se le ha atribuido una mayor satisfacción, participación e implicación del paciente y su familia en los cuidados, mejor evolución de algunos procesos, mayor humanización de la asistencia y la disminución de algunas complicaciones hospitalarias.[22-25]

INTRODUCCIÓN

Asimismo, los pacientes incluidos en programas de HAD realizarían menos ingresos hospitalarios y de menor duración, menos visitas a urgencias, y al disponer de estructuras alternativas para los cuidados, menos ingresos inadecuados que los pacientes en hospitalización convencional (HC).[26-28]

Numerosos estudios demuestran que la HAD mejora la relación médico-paciente, mejora el cumplimiento del tratamiento, la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes.[29-31]

Desde la perspectiva de los costes, diversos autores han argumentado que la HAD permite un uso más adecuado y racional de los recursos, lo que provoca que se disminuya el gasto en salud.[32]

INTRODUCCIÓN

Si se quiere enfocar desde la relación coste-efectividad, hay investigaciones desde el estado de Virginia en los Estados Unidos hasta Australia que sustentan la teoría de la HAD como alternativa de la convencional, con cifras de ahorro que van desde el 18% al 75%.[33-35]

Por todo esto, es evidente que la HAD debería de formar parte de las carteras de servicios de todos los hospitales, ya que contribuiría a una mejora de la gestión sanitaria, por lo que resulta interesante conocer estas unidades.

OBJETIVOS

➢ Objetivo general

- Dar a conocer las unidades de hospitalización a domicilio

➢ Objetivos específicos

- Profundizar en el funcionamiento de las unidades de hospitalización a domicilio
- Analizar las unidades de hospitalización a domicilio como mejora de la gestión sanitaria

METODOLOGÍA

Para alcanzar los objetivos del presente trabajo se realizó una búsqueda bibliográfica para estudiar conceptos y conocer datos generales sobre la hospitalización a domicilio (historia, situación actual, objetivos, funcionamiento, …).

La búsqueda se hizo utilizando los siguientes descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): hospitalización a domicilio, atención domiciliaria y gestión sanitaria. Dicha búsqueda se efectuó en las siguientes bases de datos: Cochrane, Google Académico, Ibecs, Medline, Adolec y LILACS.

DESARROLLO

La hospitalización a domicilio (HAD) puede definirse como el tratamiento del paciente en su domicilio con la misma complejidad, intensidad y duración que en el hospital. Se basa en ofrecer un trato personalizado mediante el traslado de un médico y/o una enfermera especializada al domicilio del paciente donde, además, se puede disponer de distinto material médico.[36]

El hospital a domicilio pretende realizar dos funciones que son complementarias: por un lado, reducir o incluso sustituir la estancia hospitalaria cuando el paciente es trasladado tempranamente a su domicilio; por otro, prevenir nuevos ingresos al diagnosticar y tratar episodios directamente en el domicilio.[36]

Objetivos de la HAD[37]

➢ Promover el bienestar y recuperación del paciente en su entorno

➢ Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia

➢ Evitar ingresos hospitalarios innecesarios

➢ Acortar el tiempo de hospitalización convencional

➢ Optimizar y racionalizar los recursos sanitarios, logrando una mejor redistribución de los mismos

➢ Favorecer la coordinación y comunicación entre distintos niveles de atención

➢ Fomentar la educación sanitaria familiar y profundizar en la cultura de la participación en el autocuidado, con el propósito de alcanzar, en lo posible, la colaboración de la familia y de los cuidadores principales en la asistencia al paciente

Beneficios de la HAD[14]

➢ Desde un punto de vista científico-técnico:

- Ausencia de infecciones nosocomiales
- Evita los fenómenos de "hospitalismo"
- Disminución de los episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos

➢ Desde un punto de vista psicosocial:

- Mejora y humaniza la relación sanitario-paciente
- Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberalizar los horarios de actividades propias
- Evita desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo
- Facilita la comunicación entre el personal sanitario y los familiares

Beneficios de la HAD[14]

➢ Desde un punto de vista psicosocial:

- Integra a la familia en el proceso curativo
- Promueve las actividades de educación sanitaria

➢ Desde un punto de vista de gestión de recursos:

- Disminuye los costes marginales por proceso
- Facilita el acceso a los recursos de un hospital de agudos a quien realmente los necesita, aumentando la rotación enfermo-cama y reduciendo, por tanto, las listas de espera
- Sirve de conexión entre el hospital y atención primaria, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales

Profesionales de la HAD[38]

- Medicina coordinadora
- Medicina asistencial
- Supervisión de enfermería
- Enfermería asistencial
- Auxiliar de enfermería
- Auxiliar administrativo
- Fisioterapeuta
- Trabajador asistencial

La mayoría de las unidades no están formadas por todos estos pero tienen la posibilidad de acceder a ellos.48 La relación enfermería/facultativo es de 3/1.

Todos los profesionales son asalariados del hospital donde se ubica la HAD, por lo que su financiación es pública y todos los servicios son gratuitos.

Criterios de ingreso en la HAD[37,38]

- Estabilidad clínica de los pacientes
- Voluntariedad por parte de los pacientes
- Transitoriedad de los procesos atendidos
- Necesidad de un cuidador principal
- Habitabilidad y condiciones sanitarias adecuadas del domicilio
- Relación estrecha con los servicios del hospital que remiten al paciente a la unidad
- Prestaciones comparables a las ofrecidas en el hospital
- Una isócrona de unos 20 minutos en coche del domicilio al hospital
- Acceso directo a teléfono en el domicilio, para mantener la atención continuada del paciente

Patologías susceptibles de ingreso en la HAD[39-41]

➢Pacientes con situaciones agudas: enfermedades infecciosas, neumonías, pielonefritis, aplasias tras la quimioterapia, antibioterapia intravenosa, enfermedades vasculares y neurológicas, pacientes con nutrición parenteral y ventilación mecánica a domicilio.
➢Pacientes con procesos crónicos reagudizados: EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), cardiopatías, hepatopatías crónicas, sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), cirrosis hepática, neoplasias y enfermedades terminales.
➢Pacientes con procesos quirúrgicos: postoperatorio inmediato de cirugía menor y media, postoperatorio tardío y complicaciones de cirugía mayor, postoperatorio de cirugía traumatológica y ortopédica, y el tratamiento de escaras y úlceras cutáneas.

Dinámica de trabajo en la HAD[42,43]

El médico responsable, cuando tiene un paciente candidato, propone al enfermo la posibilidad de la HAD, y posteriormente a la familia; una vez aceptada por ambas partes, el médico responsable se pone en contacto con la unidad, que valora al paciente y comprueba si cumple los criterios de ingreso. También evalúan si el domicilio reúne las condiciones para ofrecer la atención.

Previo al ingreso se forma a la familia para los cuidados específicos del paciente y se les explica el funcionamiento del material que precisan, la administración de medicación necesaria, signos de alarma.... Asimismo se valoran las necesidades de material fungible, técnico y medicación, que se proporcionan a través del propio hospital o de las empresas concertadas, con un exhaustivo control garantizando la seguridad del paciente.

Dinámica de trabajo en la HAD[42,43]

Se les realiza una valoración socio-sanitaria, además de informar no solo al paciente, sino también al núcleo familiar, de las características de la unidad, proporcionando una hoja informativa con los horarios y teléfonos de contacto. Estas unidades funcionan los 365 días del año, normalmente de 8h a las 20h o 22h, durante este tiempo el personal atiende tanto la actividad programada como la urgencia. Fuera de este horario, la atención se realiza a través de los servicios de urgencias dependientes del hospital, beneficiándose de los mismos igual que cualquier otro paciente.

En el momento del alta, es fundamental contactar con los equipos de atención primaria y los distintos especialistas implicados para garantizar la continuidad asistencial y el seguimiento adecuado.

CONCLUSIONES

El enfoque de la atención de salud en el mundo está cambiando, ya que nos enfrentamos a un aumento de la demanda de servicios, y con ello al gasto sanitario, como consecuencia de los cambios demográficos y sociales.

Para afrontar esta situación han aparecido nuevas formas de asistencia y atención hospitalaria enfocadas a mejorar la gestión sanitaria, como por ejemplo la hospitalización a domicilio (HAD).

La HAD lleva en funcionamiento más de medio siglo, sin embargo sigue estando poco difundida, lo que provoca un desarrollo insuficiente, a pesar de que la literatura demuestra que tiene grandes beneficios para el paciente.

CONCLUSIONES

Se han publicado múltiples estudios demostrando la eficacia y la seguridad de esta práctica, además del ahorro económico que supone.

Aunque la creación de una unidad de HAD suponga una inversión importante, es una buena herramienta para la gestión de un hospital ya que mejora las relaciones paciente/familia-hospital, evita infecciones nosocomiales, fomenta el autocuidado, disminuye los gastos a todos los niveles……..

Podría decirse que la HAD es accesible, continua, adaptable y personal, además abarata costes. Pero para ello habría que avanzar y profundizar en el diseño de un modelo consensuado y equilibrado de organización y financiación, que permita el crecimiento y la consolidación de estas unidades, ya que existe una gran disparidad de la oferta asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS 2005. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: el reto de las enfermedades crónicas. Disponible en URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800 spa.pdf
2. Vaqué J. El aumento de la longevidad y su relación con la morbilidad. Med Prev 1998;4:19-26.
3. Fernández-Miera MF. Hospitalización a domicilio en el anciano con enfermedad aguda. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(S1):39-50.
4. Jones J, Wilson A, Parker H, Wym A, Jagger C, Spiers N, et al. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimisation analysis of data from randomised controlled trial. BMJ 1999;319:1547-1550.

BIBLIOGRAFÍA

5. Murray CJ, López AD. Regional patterns of disability-free life expectancy and disability-adjusted life expectancy: global burden of disease study. Lancet 1997:349:1347-1352.
6. López Benito I, Baycal Cardona MR. Experiencia de un año de la hospitalización a domicilio en el medio rural. Med Clin (Barc) 1993:100:518.
7. Villar J, Hernández J, Hernández C. La medicina en el año 2001: regreso al futuro. Med Clin (Barc) 1991:96:295-299.
8. Ruipérez I. Hospitalización a domicilio. Rev Clin ESP 2000:200:299-300.
9. González Ramallo VJ. Hospitalización a domicilio. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson, 1998;395-401. .

BIBLIOGRAFÍA

10. Bustamante Ramírez N. La hospitalización domiciliaria. Descripción y análisis del modelo de atención. Abril 2006, disponible en: URL:www.elhospital.com/eh/secciones/EH/ES/MAIN/IN/ESTUDIOS_CASO/doc_46429_HTML.html ? idDocumento=46429-47k.
11. Bluestone EM. The principles and practice of home care. JAMA 1954;155:1379-82.
12. Morris DE. Sante Service Bayonne: a French approach to home care. Age Ageing 1983;12:3238.
13. Sarabia J. La hospitalización a domicilio: una nueva opción asistencial. Policlínica 1982;13:20-7.
14. González Ramallo VJ, Valdivieso Martínez B, Ruíz García V. Hospitalización a domicilio. Med Clin (Barc) 2002;118(17):659-64.

BIBLIOGRAFÍA

15. Orden Ministerial, de 1 de marzo de 1985, por la que se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social. Boletín oficial del Estado, nº5, (5 d marzo de 1985). Artículo 9.
16. Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización, y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud. Boletín Oficial del Estado, nº91, (16 de abril de 1987).
17. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, nº102, (29 de abril de 1986). Artículo 18.

BIBLIOGRAFÍA

18. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº222, (16 de septiembre de 2006). Anexo III, punto 4: Hospitalización a Domicilio.
19. Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. Boletín Oficial del Estado, nº35, (10 de febrero de 2015).
20. Estrada Cuxart O, Massa Domínguez B, Ponce González MA, Mirón Rubio M, Torres Corts A, Mujal Martínez A, et al. Proyecto HAD 2020: una propuesta para consolidar la hospitalización a domicilio en España. Hosp Domic. 2017;1(2):93-117.

BIBLIOGRAFÍA

21. Antón Botella F. Análisis estratégico de las unidades de HAD en España en 2015. En: Ponencia al 13º Congreso Nacional de la SEHAD, 21 al 23 de abril de 2016. Las Palmas de Gran Canaria: Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio; 2016.
22. Com-Ruelle, Raffy N. Les patients hospitalisés a domicile en 1992. París: Centre de Recherche d'etude et documentacion en economie de la Santé (Credes), 1994.
23. Mediano C, Guillén M, Aranda E, Pérez F, Peiró S. Como en casa en ningún sitio. Satisfacción de los pacientes hospitalizados a domicilio. Rev Calidad Asistencial 1995;1:13-18.
24. Cummings JE, Hughes SL. Cost-effectiveness of veterans administration hospital-based home care. A randomized clinical trial. Arch Intern Med 1990;150:1274-80.

BIBLIOGRAFÍA

25. O'Cathain A. Evaluation of a hospital at home scheme for the early discharge of patients with fractures neck of femur. J public Health Med 1994;16:205-210.
26. Campbell Haggerty M, Stockdale-Wooley R, Nair S. Respi-Care. An innovative home care program for the patient with chronic obstructive pulmonary disease. Chest 1991;100:607-612.
27. Dewitt PK, Jansen MT, Ward SL, Keens TG. Obstacies to discharge of ventilator-assited children from the hospital to home. Chest 1993;103:1560-65.
28. Locutura J. Pertinencia de la estancia en un servicio de hospitalización a domicilio. Estudio retrospectivo de un año. I Jornada de Asistencia a Domicilio en el Área de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1988.

BIBLIOGRAFÍA

29. Mendoza H, Regalado R, Altuna E, Cia JM, Aros F, Lopetegui P. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca en régimen de hospitalización a domicilio. Estudio de 158 pacientes. Med Clin (barc) 2003;120(11):405-7.
30. Jeppensen E, Brurberg KG, et al. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2012 May 16;5:CD003573. Disponible en URL: http://www.ncbi.nml.nih.gov/pubmed/22592692
31. Shepperd S, Iliffe S. The effectiveness of hospital at home compared with in-patient hospital care: a systematic review. J Public Health 1998;20(3):344-350.
32. Minardi Mittre Cotta R, Morales Suárez-Varela M, Llopis González A, Cotta Filho JS, Real ER, Días Ricós JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Rev Panam Salud Pública. 2001;10(1):45-55.

BIBLIOGRAFÍA

33. Grayson ML, Silvers J, Turnidge J. Home intravenous antibiotic therapy. A safe and effective alternative to inpatient care. Med J Aust. 1995 Mar 6;162(5):249-53.
34. Chamberlain TM, Lehman ME, Groh MJ, Munroe WP, Reinders TP. Cost analysis of a home intravenous antibiotic program. Am J Hosp Pharm. 1988 Nov 45(11):2341-5.
35. Thickson ND. Economics of home intravenous services. Pharmacoeconomics. 1993 Mar 3(3):220-7.
36. Marrades R.M. Hospitalización domiciliaria, ¿una nueva modalidad asistencial?. Archivos de Bronconeumonía. Vol. 37, núm 4, 2001.
37. Madrid Rodríguez A, Peláez Cantero M.J, Sánchez Etxaniz J, Urda Cardona A.L. Hospitalización a domicilio. Una alternativa asistencial. Rev Esp Pediatr 2015;71(5):286-89.

BIBLIOGRAFÍA

38. López Benito I, Baydal R. Hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. Líneas de futuro. Rev Neurol 1999;29(7):677-79.
39. Gónzalez GG, Cueto -Felgueroso J, García CA, Menéndez AG. La hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. Med Intgr 1995:25(4):151-155.
40. Raffy-Pihan N. L'hospitalitasion à domicile. Un tour d ´horizon en Reurope, aux Etats-Unis et au canada. CREDES; 1994.
41. Lippeveld T, Sauerborn R, Sapiri S. Por unos sistemas de información sanitaria eficaces. Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1997;18:196-205.
42. Fernández Navarro JM, Pozuelo Muñoz B, Ortí Martínez P, et al. Evaluación de un programa de hospitalización a domicilio para niños con cáncer. An Esp Ped. 2000;52:41-6.

BIBLIOGRAFÍA

43. Carrera JA, Garde C, Goenaga MA, et al. Manual de Hospitalización a Domicilio. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Complejo Hospitalario de Donostia. Disponible en: http://foietes.files.wordpress.com/2010/10/manual-de.pdf.

TEMA 205. EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO : LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.

- BENJAMIN CASTAÑO COTA
- JOSE MANUEL GARCIA PEREZ

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN

La inteligencia emocional es una forma de energía que nos impulsa a determinadas acciones que pueden llegar a beneficiarnos tanto en nuestra vida personal, como laboral y social.

Es la capacidad de conocer las propias emociones, gestionarlas, reconocerlas en otras personas y usarlas para motivarse a uno mismo.

En un centro de salud existe una continua interrelación de usuarios y trabajadores , una parte fundamental para tener un buen ambiente laboral es saber gestionar las emociones y tratar a las personas cuidando las formas y preocupándose por sus necesidades

El rendimiento depende en gran medida de este tipo de capacidades , aunque no sean muy conocidas para la mayoría de la gente. Hoy en día es fundamental no sólo dar un servicio adecuado, sino hacerlo cuidando las formas y teniendo en cuenta las distintas aptitudes sociales.

2. OBJETIVOS

- Ser consciente de la importancia que tiene la inteligencia emocional y de qué manera nos afecta en nuestro centro de salud
- Potenciar este concepto para mejorar nuestro estado de ánimo
- Desarrollar técnicas que nos hagan mejorar de cara a ofrecer una atención al paciente de calidad

- Crear un buen ambiente laboral que nos permita estar a gusto en nuestro día a día
- Intentar evidenciar y explicar el concepto de “inteligencia emocional”
- Observar la importancia del control y de la regulación de las emociones
- La empatía y las habilidades sociales como pilares fundamentales del éxito laboral

3. MÉTODO

Entre los hábitos y prácticas para mejorar están los siguientes :

- Escucha activa : Centrándonos no solamente en las palabras, sino en el lenguaje no verbal y la comunicación de las emociones

- Empatía: Tener la habilidad para conectar con las emociones y motivos de los demás

- Autocontrol: Capacidad de controlar los impulsos ante situaciones que pueden desestabilizarnos mentalmente

- Autoconciencia: Reconocer e identificar las emociones en uno mismo para poder gestionarlas de manera correcta cuando salgan a la luz

- Positividad : Esforzarse en eliminar los pensamientos negativos que sólo sirven para estancarnos

- Autoestima : Una persona con un nivel adecuado de autoestima (reconocer las propias cualidades y defectos, aceptarse y sentirse a gusto con su persona) genera un sentimiento interno de seguridad, confianza en sí mismo y en las demás personas; su crecimiento personal se ve potenciado, y está abierto a los demás.

4. RESULTADOS

Podemos concluir que fomentar la inteligencia emocional en el sector del ámbito sanitario ayuda de diferentes formas como podrían ser :

- Mejorar la relación con los distintos compañeros de trabajo, potenciando los aspectos que están relacionados con la calidad del cuidado y satisfacción del paciente.

- Influir positivamente en el rendimiento laboral

- Mejorar la satisfacción personal y profesional que el administrativo de la salud siente a la hora de ejercer su trabajo, y por consiguiente en su implicación

- Controlar los impulsos y las emociones negativas

- Capacitar a la persona para dar un correcto enfoque a los problemas que puedan surgir

- Desarrollar la capacidad de automotivarse para conseguir una vida personal y laboral productiva

5. CONCLUSIONES

El último objetivo de los centros sanitarios es mejorar la salud de la población, ofreciendo una asistencia sanitaria de calidad de acuerdo con los recursos disponibles de los que disponen.

Para alcanzar este objetivo, los profesionales sanitarios utilizan, además de sus conocimientos y habilidades, valores éticos, experiencia y un amplio abanico de habilidades relacionadas con la inteligencia emocional, como la empatía y las emociones

No significa ello que la capacidad intelectual y la preparación técnica para el trabajo sean secundarias, sino que se da por sentado que resultan necesarias e imprescindibles para el mismo pero no suficientes. Necesitan estar acompañadas de ciertas habilidades personales tales como la iniciativa, la adaptabilidad o la empatía.

Las características actuales hacen que sea cada vez más importante que sepamos controlarnos (características personales) y manejar con más destreza nuestras relaciones personales(aptitudes sociales)

6. BIBLIOGRAFÍA

- Goleman, Daniel. Working with Emotional Intelligence. Editorial Kairós S.A. Digital Edition 2010

- Goleman, Daniel. Inteligencia emocional en la empresa. Editorial Conecta. 2018

- Dueñas Buey, María Luisa.. Importancia de la inteligencia emocional: un nuevo reto para la orientación educativa. Universidad Nacional de Educación a Distancia . Madrid . Disponible en : http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:EducacionXXI-2BB75B2C-720F-A542-4DCE-43297DDB55B7/Documento.pdf

TEMA 205. LA ANOREXIA NERVIOSA.

- **ELISA VALLINA GONZÁLEZ**
- **ESPERANZA VELASCO CAMPA**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. SÍNTOMAS.
3. TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN
4 . APOYO FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

1. INTRODUCCIÓN

La anorexia nerviosa es un trastorno de la alimentación que se caracteriza por un peso corporal anormalmente bajo, un temor intenso a aumentar de peso y una percepción distorsionada del propio peso. Mayoritariamente los afectados suelen ser jóvenes adolescentes a los que no les gusta su imagen.

Esta pérdida de peso la origina la propia paciente, disminuyendo la ingesta de alimentos, que se acompañan frecuentemente de conductas enfocadas a perder peso como puede ser la provocación del vómito, el uso abusivo de laxantes o una práctica de ejercicio físico intensa.

También aparecen alteraciones del comportamiento, ya que quien la padece, dedica la mayor parte de su tiempo a temas alimentarios y todo lo que esté relacionado con ellos.

2. SÍNTOMAS

- El primero de los síntomas es que el joven o la joven se pone a dieta, algo que por sí solo no nos indicaría nada.

- Se preocupa excesivamente por lo que come, cuenta las calorías, elimina de su dieta las grasas y los hidratos de carbono y reduce las proteínas, insistiendo en comer comida “sana”.

- Empieza a interesarse en la lectura de artículos, revistas o libros sobre dietas.

- Cuando llega la hora de comer, lo hace lentamente, inventándose excusas para levantarse y dejarlo.

- Aparta meticulosamente los trocitos de grasa, jugueteando continuamente con la comida.

- Empieza además a hacer ejercicio de forma compulsiva, se apunta al gimnasio, hace aerobic, sale a correr…

- Siempre dice que no tiene hambre, aunque realmente la tenga, sintiendo una gran satisfacción íntima al soportar esta sensación de hambre.

- Nunca se ve delgado/a y le preocupa mucho tener un poquito de grasa, a pesar de que en fases avanzadas en las que llegan a estar “en los huesos”, siguen viéndose gordo/a.

- Niega estar enfermo/a, y sus familiares empiezan a preocuparse cuando el chico/a sigue viéndose gordo/a, aunque para todas las demás personas los ven extremadamente delgados. Esta insistencia por parte de sus seres queridos favorece el agravamiento del problema, que ya abarcará otros aspecto de la vida del joven.

3.TRATAMIENTO Y EDUCACIÓN

El abordaje psicoterapéutico de la anorexia ha tenido un especial auge en el siglo XX, debido por un lado a la mayor conceptualidad de los trastornos de la conducta alimentaria y por otro la toma de conciencia de la gravedad del problema dentro del ámbito sanitario…

Se puede abordar desde diferentes técnicas, de tipo psicodinámico, conductual, de apoyo y psicoeducativo. A su vez, se pueden aplicar individualmente, en grupo o en familia, así como aplicarlas en un contexto ambulatorio u hospitalario, pudiendo combinarlas o no con psicofármacos, dependiendo de las necesidades de casa paciente.

En todos los casos, lo primero sería una recuperación previa de su peso, para luego ya aplicar dichos tratamientos.

El uso de una u otra técnica va a depender de las características clínicas de cada paciente.

Hay que destacar también la importancia de instruir al paciente en aspectos educativos, facilitar apoyo nutricional, corregir los errores relacionados con la nutrición. Esta información ha de ir encaminada a aumentar el conocimiento y corregir la imagen “no real” que tiene de su cuerpo y peso corporal, y se deben extender a sus padres, para buscar como objetivo la normalización de las comidas y de un peso adecuado.

Las alteraciones de la imagen corporal son muy importantes, ya que suelen ser el motivo de dicha patología y es un factor primordial para la prevención de recaídas.

Todos estos tratamientos tienen como fin desarrollar una autoconciencia corporal que lleven a un cambio en la interpretación y comportamiento del propio cuerpo del paciente. Existen una serie de actividades que ayudan a conseguirlo, como son:

- Entrenarse para tener una estimación correcta de su cuerpo y sus distintas partes.

- Restructurar cognitivamente los pensamientos negativos relacionados con el rechazo y la crítica debidos a la imagen corporal.

- Entrenamiento para afrontar el estrés.

- Eliminación de las comparaciones con otras personas y exposiciones en vivo a situaciones que puedan provocar malestar.

- Entrenarse en habilidades sociales y solución de problemas para evitar recaídas.

4.APOYO FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Es muy importante que los familiares se impliquen desde el primer momento, siempre y cuando tengan una actitud positiva, y no destructiva y de contínua crítica hacia el paciente. A veces optan por no reconocer la patología al principio, cuando los síntomas físicos aún no son muy evidentes, o pueden también tomar una actitud expectante, teniendo miedo a intervenir temiendo poder agravar la situación.

La terapia familiar es muy útil en niños y adolescentes, mientras que en los pacientes de más edad, la terapia va orientada a una mayor autonomía e independencia.

Es importante desarrollar habilidades que ayuden a manejar situaciones de amenaza que puedan surgir, y así poder minimizar la ansiedad que puedan producir.

Dado el curso de esta enfermedad, la recaída es una posibilidad y por eso hay que tener en cuenta que es algo que puede ocurrir, por lo que hay que prevenir en la medida de lo posible.

Cuando el paciente necesita ingreso hospitalario, sería importante que éste fuese consensuado y que el enfermo esté de acuerdo con el ingreso. De esta forma se consigue una mayor adhesión al tratamiento por parte del paciente. Una vez ingresado, hay que tener en cuenta una serie de aspectos:

- El alta tiene que darse cuando ya hayan desaparecido las complicaciones médicas que se hayan dado, se tenga el peso correcto, la conducta haya sido controlada y exista un plan terapéutico para ser puesto en práctica.

- Es preferible que el mismos terapeuta que trató al paciente en su ingreso hospitalario, sea el mismo que continúe con el tratamiento una vez sea dado de alta, para que así se pueda afianzar la relación terapéutica que ya se ha establecido en el hospital.

- Al iniciar la terapia, es más conveniente que sea individual, sin excluir en un futuro la inclusión del paciente en grupos que puedan ayudar y facilitar su mejoría.

- Desde el inicio del tratamiento, la familia ha de tomar un papel importante, siendo partícipe del mismo, para así conseguir una mayor comprensión y una progresiva incorporación a su vida, sus obligaciones y compromisos sociales.

BIBLIOGRAFÍA

-Chinchilla A. Anorexia y bulimia nerviosas. Ergon, 1994.

- Fernández F, Turón V. Trastornos de la alimentación: guía básica del tratamiento en anorexia y bulimia. Masson, 2001.

- Rubio V, Pérez A. Trastornos de la personalidad. Elsevier, 2003.

- Charro AL. Trastornos del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia y obesidad mórbida. Fundación de estudios y formación sanitaria, 2001.

TEMA 206. LA INFLUENCIA DE LA CULTURA EN EL DOLOR CRÓNICO.

- JOSÉ ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO
- CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN:

La subjetividad involucrada al informar del dolor plantea un desafío para los profesionales sanitarios, porque el autoinforme de un paciente sobre el dolor se puede modificar por componentes afectivos y cognitivos más allá de los aspectos biomédicos de la nocicepción (1). Las definiciones actuales del dolor reflejan la evolución de nuestra comprensión de la fisiopatología del dolor, desde un modelo unidimensional basado en principios neurofisiológicos y anatómicos hasta un proceso multifacético (2). Entre estos nuevos aspectos que forman parte de las dimensiones del dolor, tenemos las percepciones culturales de un individuo, debidas a diferencias culturales en cuanto a la atención del dolor (3). El estándar de atención recomendado para el tratamiento del dolor crónico es, por lo tanto, un enfoque interdisciplinario y centrado en el paciente, teniendo en cuenta su aspecto multidimensional.

3. METODOLOGÍA:

Búsqueda en las bases de datos Pubmed, Web of Science, Scopus y Cochrane Library Plus durante el mes de Agosto de 2019. Como descriptores se utilizó “Cultura” y “dolor crónico”, junto con el booleano AND. Tras aplicar criterios de calidad, se obtuvieron un total de 15 artículos, de los cuales quedaron 10 tras desechar los repetidos. Para evaluar la calidad metodológica y científica de los artículos se utilizó la escala Centre for Evidence-Based Medicine Oxford.
El dolor crónico se evaluó a través de los participantes que indicaron si a menudo tenían dolores óseos, articulares o musculares mediante el Cuestionario de dolor de McGill, consistente en 15 descriptores (11 sensoriales y 4 afectivos).

4. RESULTADOS:

Diferentes culturas tienen una manera distinta de afrontar el dolor crónico. Un ejemplo es la ideación en la cultura hindú del karma, que promueve la superación a través de la aceptación al comprender que el sufrimiento no es aleatorio sino una reacción a indiscreciones pasadas (6). Se ha encontrado que la aceptación positiva del dolor tiene una asociación significativa con la calidad autoinformada de vida entre pacientes con dolor crónico (7,8).
Las prácticas religiosas también pueden abarcar estrategias de afrontamiento, como por ejemplo la meditación (9).

5. DISCUSIÓN:

Múltiples estudios han encontrado diferentes maneras de afrontamiento del dolor según los aspectos culturales. Así, el dolor crónico puede incluso ser interpretado como una debilidad cuando no se puede disimular o como un fracaso a la hora de cumplir roles culturalmente asignados en la familia o en la sociedad (2, 4, 5, 6). Los individuos pueden percibir que su dolor consecuencia o resultado de su propio comportamiento (6, 7). Asimismo, este tipo de dolor puede ser percibido para el paciente como una señal para mantenerse alejado de los cónyuges e hijos y así no ser una carga (8, 9). El dolor crónico es una experiencia compuesta multidimensional formada por la confluencia de factores biológicos y psicosociales. Comprender todos estos factores influyentes es fundamental para apreciar las diferentes maneras de gestionarlo (7, 8, 9).

6. CONCLUSIONES:

El reconocimiento de los aspectos culturales del dolor no debe restar importancia a los mecanismos del dolor somático, sino animar a los profesionales sanitarios a enriquecer y ampliar su comprensión de la influencia de los factores culturales sobre el dolor crónico.

Comprender la cultura de las creencias, las actitudes y las prácticas conductuales puede proporcionar gran cantidad de información sobre los pensamientos y motivaciones de los pacientes, lo que podría contribuir enormemente a la práctica clínica. Los profesionales sanitarios médica deben mejorar el conocimiento de las creencias culturales, pero también ser sensibles a la experiencia única de dolor del individuo.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Vlaar A, Klooster P, Taal E, Gleith RE, El-Garf AK, et al. (2007) A CrossCultural Study of Pain Intensity in Egyptian and Dutch Women with Rheumatoid Arthritis. The Journal of Pain 8: 730-736.
2. Tait RC, Chibnall JT (2005) Racial and Ethnic Disparities in the Evaluation and Treatment of Pain: Psychological Perspectives. Professional Psychology: Research and Practice 36: 595-601.
3. Burgess D, Crowley-Matoka M, Phelan S, Dovidio J, Kerns R, et al. (2008) Patient race and physicians' decisions to prescribe opioids for chronic low back pain. Social Science & Medicine 67: 1852-1860.

1. Kposowa AJ, Tsunokai GT. Searching for relief: racial differences in treatment of patients with back pain. Race and Society 2002; 5:193-223.
2. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, et al. The Unequal Burden of Pain: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Pain. Pain 2003; 4: 277-294.
3. Lavernia C, Alcerro JC, Contreras JS, Rossi MD. Ethnic and Racial Factors Influencing Well-being, Perceived Pain, and Physical Function After Primary Total Joint Arthroplasty. Clin Orthop Relat Res 2011; 469:1838-1845.
4. Dickson GL, Kim JI. Reconstructing a Meaning of Pain: Older Korean American Women's Experiences with the Pain of Osteoarthritis. Qual Health Res 2003; 13: 675-688.
5. Ludwig-Beymer P. Transcultural aspects of pain. Transcultural concepts in nursing care. Philadelphia: Wolters Kluwer 2008: 329-354.
6. Edwards CL, Fillingim RB, Keefe F. Race, ethnicity and pain. Pain 2001; 94: 133-137.

TEMA 207. LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL.

RUBÉN DÍAZ ROCES
IZASKUN ARPIREZ ROBLEDO

ÍNDICE

- ¿CUÁNDO UN MENOR ES OBESO?
- PROBLEMAS QUE CONLLEVA
- CAUSAS DE LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL
- BIBLIOGRAFÍA

¿CUANDO UN MENOR ES OBESO?

Tal y como viene alertando la Organización Mundial de la Salud (OMS) la obesidad, en general, se está convirtiendo en pleno siglo XXI en un problema de primera magnitud. En particular, el sobrepeso infantil supone un motivo de preocupación aún mayor en términos de salud pública, dado que se vienen comprobando unos niveles de prevalencia muy elevados en población infantil y juvenil. Además, las implicaciones negativas que la obesidad supondrá para la persona afectada serán más graves cuanto más temprana sea la edad de su aparición. En efecto, no será lo mismo que una persona que en su infancia y juventud mantuvo una masa corporal adecuada a sus condiciones físicas desarrolle en su madurez un cierto grado de sobrepeso que los casos en que el sujeto sea obeso desde una edad temprana, pues en este segundo supuesto los efectos nocivos se verán

multiplicados y la calidad de vida quedará seriamente limitada muy pronto. Es preciso tomar en consideración que la obesidad supone una afectación no sólo a nivel físico sino también psicológico, pues a la mayor probabilidad de sufrir enfermedades como puede ser la diabetes, entre otras, hay que sumar la afectación a la autoestima y a la pública percepción social de la persona. Sus consecuencias, además, van más allá del plano meramente individual del propio individuo obeso, alcanzando a la sociedad en su conjunto dado que supone una situación semejante a la que ocurre con el tabaquismo, afectando a un amplio sector de la población e implicando una mayor prevalencia de enfermedades asociadas a su presencia y, como consecuencia, se deben destinar más recursos públicos y privados a su prevención y tratamiento (supone hasta el 12% del gasto sanitario en algunos países).
En España se estima que hay un 25% de niños con

sobrepeso, aunque algunos estudios apuntan hasta el 40%.
Para considerar si una persona es obesa es preciso definir previamente qué es el sobrepeso, pudiendo considerarse por tal la situación en la que una persona tiene un exceso de acumulación de grasa corporal susceptible de afectar negativamente a su estado de salud. Resulta conveniente señalar que, en puridad, obesidad y sobrepeso no son la misma realidad, pues mientras que la segunda palabra vendría a referirse a la situación en la que existe un peso más elevado del que sería de esperar en una persona atendiendo a sus particulares características fisiológicas pero que se mantendría dentro de unos márgenes bastantes para calificarse como “tolerables” (aunque no recomendables), la obesidad, sin embargo, tiene que ver ya con una situación patológica que se considera como una enfermedad crónica respecto de la cual existen estudios que avanzan una posible prevalencia estimada para el año 2025 de en torno al 18% en

los varones y aproximadamente del 21% en la población femenina.

Contrariamente a los casos de adultos en los que se puede acudir al Índice de Masa Corporal (IMC) para valorar si una persona padece sobrepeso, para edades pediátricas no se dispone de una forma fácil de establecer inequívocamente cuándo hay una situación de sobrepeso, dados los importantes y naturales cambios físicos que el crecimiento supone en tales etapas del desarrollo, si bien la OMS tiene publicados unos "patrones de crecimiento infantil" que pueden tomarse como parámetro para valorar si hay obesidad en niños de hasta cinco años. Para valorar la situación en una franja etaria de entre 5 y 19 años también es posible consultar los "Datos de referencia sobre el crecimiento" que la misma OMS tiene publicados.

Respecto del caso de menores en España, para determinar si un niño es obeso es muy frecuente la consulta de las llamadas

“curvas de crecimiento” publicadas por la Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre y cuya realización se basa en un exhaustivo estudio cuyos orígenes se remontan al año 1978 orientado a estudiar la evolución del crecimiento en distintas franjas etarias, lo que permitió obtener referencias objetivas con las que analizar el crecimiento de los menores en nuestro país.

PROBLEMAS QUE CONLLEVA

Cuando se encuentra a un menor con sobrepeso es preciso actuar para corregir la situación, pues la obesidad infantil, como se ha anticipado, supone importantes problemas a nivel físico y emocional. Así, algunos ejemplos que se pueden citar:

- Supone un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares crónicas (colesterol y presión arterial elevados).
- Mayor probabilidad de sufrir asma y apnea del sueño.
- Afecta negativamente al crecimiento y normal desarrollo de los huesos (tibia arqueada, desplazamiento de la epífisis de la cabeza del fémur, pies planos...)
- Mayor probabilidad de padecer diabetes.
- Esteatosis (grasa en el hígado).
- Riesgo de cálculos biliares aumentado.
- Impacto en la propia autoestima y en las relaciones sociales.
- Aumento de la ansiedad y trastornos alimentarios.

Es necesario señalar que, para la población masculina, se ha constatado que algunas enfermedades graves, tales como el cáncer de colon, se incrementaron en pacientes que habían sido adolescentes obesos. También en el caso de la población femenina se han encontrado situaciones semejantes, habiéndose comprobado que algunas patologías como la artritis sufrió un incremento en mujeres que habían sido obesas en su etapa adolescente. Se pudo comprobar que tanto en el caso de hombres como de mujeres, en muchas ocasiones ello resultaba así con independencia del peso que tenían una vez adultos. Por lo tanto, estos resultados apuntan a la existencia de una vinculación entre la obesidad en edades tempranas y la aparición de problemas de salud en la edad adulta.

CAUSAS DE LA OBESIDAD INFANTIL Y JUVENIL

En una aproximación simplista al problema, podría parecer que la razón por la cual un niño sufre sobrepeso es debida a una mala calidad en su nutrición y un exceso en la ingesta calorífica.

Sin embargo, la realidad es mucho más compleja, siendo lo cierto que no existe una única razón para la obesidad en estas edades, concurriendo en su aparición tanto factores genéticos como otros meramente ambientales, hasta el punto que, incluso, los cambios en la microbiota intestinal o la administración de algunos medicamentos como los glugocorticoides pueden influir en la aparición de sobrepeso. Con todo, se estima que la gran mayoría de los niños obesos (aproximadamente un 95% de los mismos) lo son por razones exógenas o nutricionales que tienen que ver con una

descompensación entre las calorías que se gastan y las que se ingieren. Atendiendo a lo anterior, si bien existen estimaciones que apuntan a que el hecho de que uno de los progenitores sea obeso puede suponer un aumento de un 50% en las posibilidades de que el descendiente también lo sea (porcentaje que se eleva hasta el 80% si la patología la padecen ambos progenitores), parece que ello se debería no tanto a factores genéticos como a consecuencia de los hábitos y estilo de vida propios del grupo familiar en cuestión.

También se ha señalado la existencia de ciertos factores de riesgo que, desde el mismo momento del nacimiento, influyen en la aparición de sobrepeso y obesidad, citándose entre ellos la prematura ingesta de alimentos complementarios muy energéticos o la ausencia o escasa duración de la lactancia materna.

En los países desarrollados, los niños en edad escolar se

encuentran también expuestos a una serie de hábitos que coadyuvan a la aparición de sobrepeso, pues el estilo de vida, las largas jornadas laborales, hábitos sedentarios, etc. suponen un caldo de cultivo idóneo para ello, pues predisponen al consumo abusivo de alimentos procesados industrialmente, hipercalóricos y de escasa calidad nutritiva. La necesidad de que durante el curso académico los niños acudan al comedor escolar también influye, pues, desgraciadamente, son frecuentes las quejas de la escasa calidad nutricional de los menús ofrecidos en los centros educativos, en los que no es extraño que se abuse de fritos y grasas y se escatime en frutas y verduras. No obstante, las administraciones públicas cada vez son más conscientes de ello y, poco a poco, se toman cada vez más medidas orientadas a mejorar la calidad de los alimentos ofrecidos en los comedores escolares. Cada vez más se apunta a la conveniencia de aplicar impuestos selectivos orientados a

gravar el precio de aquellos productos alimenticios menos sanos con el propósito de desincentivar su consumo y ayudar así a mejorar la situación. En esta línea va la propuesta de la OMS de incrementar la tributación que recae sobre las bebidas azucaradas

BIBLIOGRAFÍA

- González Jiménez, Emilio. “Genes y obesidad: una relación de causa-consecuencia”. Endocrinología y nutrición: órgano de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, ISSN 1575-0922, Vol. 58, Nº. 9, 2011, págs. 492-496
- Casas Esteve, Rafael; Gómez Santos, Santiago Felipe. “Estudio sobre la situación de la obesidad infantil en España”. Instituto DKV de la Vida Saludable. Disponible en:

https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5810_d_Estudio-sobre-la-situacion-de-la-obesidad-infantil-en-espana.pdf

- “Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: sobrepeso y obesidad infantiles”. Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en:

https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/

BIBLIOGRAFÍA

- José-Juan Sánchez-Cruz, José J. Jiménez-Moleón, Fidel Fernández-Quesada, María J. Sánchez. “Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012”. Revista Española de Cardiología, Vol. 66, Nº 5, 2013, Págs. 371-376.
- Carlos Calderón, Marga Forns, V. Varea. “Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación”. Anales de Pediatría, Vol, 71, Nº 6, 2009, Págs. 489-494.
- Casabona Monterde C. “Sobrepeso y obesidad infantil: no tiramos la toalla”. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 39-52.
- Fundación Faustino Orbegozo Eizaguirre. “Curvas y tablas de Crecimiento”. Disponible en:

https://www.fundacionorbegozo.com/wp-content/uploads/pdf/estudios_2004.pdf

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

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL/DE LA NIÑO-A O ADOLESCENTE
- FACTORES PERSONALES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Para los niños y adolescentes, la hospitalización es un estímulo desencadenante de malestar, que puede conllevar alteraciones en el ámbito físico y psíquico, algunos las superan con mucha rapidez, otros, por el contrario, tardan mucho tiempo, e incluso hay, quienes no lo consiguen. Por tanto, se les debe atender en las tres esferas (enfoque biopsicosocial): biológica (sintomatología de la enfermedad, tratamiento), psicológica (estado de ánimo) y social (adaptación familiar).

Los niños y los adolescentes se caracterizan por una mayor vulnerabilidad, la necesidad de hospitalización puede aumentarla, así como originar en sus padres alteraciones emocionales como ansiedad y estrés. La hospitalización se convierte para el niño en una experiencia que puede tener

repercusiones negativas por la incapacidad de asimilar situaciones nuevas, la dependencia de terceros y por estar en un período de crecimiento y de desarrollo, pero también puede ser una oportunidad para enriquecer su experiencia y lograr que desarrolle su resiliencia (1), que es la capacidad para desarrollarse de forma apropiada y positiva incluso en situaciones marcadamente conflictivas, usar los sistemas de apoyo disponibles y poner las emociones bajo control, entendiendo la situación como favorecedora de su evolución ante el estrés y salir fortalecido.

Los elementos que influyen en el impacto de la hospitalización son: la propia enfermedad (frecuencia e intensidad de los síntomas), los procedimientos relacionados con la hospitalización, las relaciones personales (ansiedad de separación, percepción de ansiedad de los padres, relación con el profesional), la alteración de las rutinas, lo inevitable o

no que haya sido la hospitalización, la duración,…, también influyen factores personales como la edad y las características evolutivas (vulnerabilidad psicológica), la resiliencia, y factores familiares como el grado de vulnerabilidad y la resiliencia familiar (2). Podrían ser factores de riesgo: el grado de pobreza de la familia, la prematuridad al nacer o la falta de red de apoyos.

Es importante que el equipo de salud considere que el impacto y la adaptación al ambiente hospitalario son diferentes en cada niño. La Pediatría requiere, además de conocimientos específicos sobre el proceso de enfermedad y recuperación, la mejora de la capacidad de evaluación de los aspectos que influyen en el desarrollo del niño, sin olvidar las necesidades de la familia, y, sobre todo, las de los padres y hermanos, abarcando todos los factores psicológicos, sociales y culturales del niño y de su entorno (3). De la calidad de

nuestras intervenciones van a depender los efectos que la enfermedad y la hospitalización ejerzan sobre los niños. La participación del niño, su familia, el equipo de salud y las instituciones son importantes en la creación de un sistema de salud holístico y funcional.

Entre los estresores en la vida del niño, la hospitalización se puede considerar como poco frecuente, pero de fuerte impacto, pudiéndola vivenciar como amenazante. Es difícil separar el estrés proveniente de la propia enfermedad del malestar causado por la hospitalización (3). El estrés se manifiesta con alteraciones cognitivas, conductuales, psicofisiológicas y sociales (irritabilidad, trastornos del sueño…). El niño, sobre todo si es pequeño, no comprende los procesos corporales alterados que le están aconteciendo, las sensaciones internas son inusuales y desagradables, ni entiende bien el motivo porque se les

introduce en un ambiente extraño privado de su familia y amigos, sin sus objetos ni juguetes. Los estresores que se originan en este contexto son los derivados de la propia enfermedad (dolor, inmovilidad), los relacionados con los procedimientos médicos, la estructura y organización de los hospitales (pérdida de autonomía e identidad) y las relaciones personales con desconocidos (personal sanitario).

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL/DE LA NIÑO-A O ADOLESCENTE

En la hospitalización del niño se pueden considerar hasta cuatro factores que son independientes entre sí pero que la determinan, a la vez que interactúan unos con otros.

En primer lugar, tenemos el niño y sus características, en segundo, los aspectos relacionados con su enfermedad, en tercero, su familia y sus dinámicas, y en cuarto, los factores relacionados con el ambiente hospitalario.

FACTORES PERSONALES

En cada etapa del desarrollo, el niño va adquiriendo diferentes herramientas y teniendo otras necesidades y preocupaciones que influirán en la forma en la que reaccionará ante la hospitalización.

Los lactantes presentan extrañeza y ansiedad ante la separación de sus padres y de su hogar, manifestando alteraciones alimenticias, del sueño…, les supone un cambio en sus rutinas.

Los niños de 1 a 3 años son muy vulnerables a la separación de sus padres, ya que no entienden el motivo de esta situación y la interpretan como un abandono o un castigo, causándoles miedo o tristeza, en este período la ansiedad que provoca la separación es máxima. Sus actitudes son de protesta y rechazo.

Los niños de más de 3 años entienden la enfermedad como un castigo por haber hecho algo malo o por el deseo de realizar algo inadecuado, lo que genera en ellos sentimientos de culpabilidad. Cuanta más dependencia materna exista en estos niños más ansiedad provocará la experiencia de separación. Sienten miedo al dolor. También lloran, ya que se sienten víctimas y agredidos, además pueden producirse reacciones de regresión de capacidades ya adquiridas como el control de esfínteres. Tienen pocas estrategias de afrontamiento y percepciones de la realidad distorsionadas, así como mala comprensión de aspectos complejos.

En los niños en edad escolar se genera un sentimiento de miedo por la naturaleza física de la enfermedad. Existe preocupación por la separación del grupo de compañeros y por continuar manteniendo su integración en el mismo.

Los adolescentes perciben la situación física del órgano

o aparato que funciona mal como causa de la enfermedad y son capaces de explicarla, muestran avidez por conocer detalles de su enfermedad. Sufren ansiedad por la pérdida de independencia, control e identidad. Se preocupan por la pérdida de su intimidad, pero lo que más les angustia es su imagen corporal y la planificación de sus proyectos futuros. Una vez superados los problemas iniciales de la enfermedad se sienten omnipotentes, tienen la certeza de haber superado la dolencia (negación), tanto es así, que incluso puede llegar a provocar un rechazo al tratamiento. Los adolescentes pueden manifestar agresividad e ira debidas a los sentimientos de frustración que les producen las limitaciones de su libertad y rebeldía por las modificaciones en su vida cotidiana. Le baja la autoestima debida a su deterioro físico, tienen sentimientos de aislamiento debidos al absentismo escolar y síntomas depresivos debidos a la pérdida de independencia y privacidad.

Los efectos emocionales secundarios más comunes de la hospitalización en el niño son la ansiedad y la depresión, entre otros, incluyen además las siguientes manifestaciones, aparte de las ya citadas:

-Náuseas y vómitos producidos por los tratamientos o cambios de hábitos.

-Angustia y dolor asociados a pruebas médicas invasivas o que causan desasosiego.

-Fatiga provocada por la enfermedad o por los tratamientos que ocasiona una reducción en el nivel de actividad, falta de energía para participar en las actividades de grupo con sus compañeros.

-Cambios en la imagen corporal debidos a alteraciones de peso, cicatrices y pérdida de órganos o extremidades.

-Cambios de humor.

-Irritabilidad, ataques de ira, …

-Trastornos mentales orgánicos debidos a la invasión del sistema nervioso central producida por la enfermedad o a encefalopatías resultantes de infecciones o alteraciones metabólicas.

-Falta de cooperación en una prueba médica o en un tratamiento.

-Fobia escolar (tras la hospitalización se puede negar a ir a su centro de estudios y en algunos casos desarrollar síntomas psicosomáticos para evitar ir).

-Efectos a largo plazo del tratamiento como deterioro cognitivo o infertilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kern de Castro E, Moreno-Jiménez B. Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. Psicol. Estud. 2007; 12 (1): 81-86.
2. Grau C, Fernández Hawrylak M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. An. Sist. Sanit. Navar. 2010; 33 (2): 203-212.
3. González Carrión P. Experiencias y necesidades percibidas por los niños y adolescentes con cáncer y por sus familias. Nure Inv. 2005; 16.

TEMA 209. MAMOGRAFÍA: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA.

- ANGELA BAÑOS TRABANCO
- AROA IGLESIAS MARTINEZ
- SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ
- RAQUEL SERRANO FERRERO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA
3. MAMOGRAFÍA:
   3.1 MAMOGRAFÍA DE CRIBADO
   3.2 MAMOGRAFÍA DE DIAGNÓSTICO
4. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA MAMOGRAFÍA
5. EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN
6. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCIÓN

La mamografía es la radiografía especializada en la mama, en la que se utilizan rayos x para obtener imágenes donde se pueden observar lesiones iniciales del cáncer de mama. Sus objetivos son: la detección precoz del cáncer de mama antes de que aparezcan los síntomas y el diagnóstico en pacientes con síntomas .

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Gracias a las mamografías podemos detectar a tiempo la enfermedad. El cáncer de mama es una de las pocas enfermedades cancerosas que se pueden diagnosticar precozmente.

2. FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER DE MAMA

- Sexo: El ser mujer es el factor de riesgo mas importante. Las mujeres tienen una glándula mamaria más desarrollada que los hombres y las células de esta glándula están sometidas al estímulo constante de los factores de crecimiento hormonales, los estrógenos y la progesterona. Los hombres pueden padecer cáncer de mama pero la incidencia es muy baja: 100 veces menor que en la mujer.
- Antecedentes familiares de cáncer de mama.
- Mutaciones en genes.
- Factores reproductivos asociados a exposiciones prolongadas a estrógenos endógenos.
- Menarquia precoz.
- Menopausia tardía.

- El uso de hormonas exógenas (anticonceptivos orales)
- Edad: el riesgo de padecer cáncer aumenta con la edad. Alrededor del 18% de los cánceres de mama se diagnostican en la década de los 40 y el 77% por encima de los 50 años. Por encima de los 75 años el riesgo disminuye.

3. MAMOGRAFÍA

La mamografía es la técnica de imagen mas importante para la detección y diagnóstico del cáncer de mama. El objetivo principal es permitir el tratamiento precoz del cáncer de mama, mejorar las tasas de supervivencia y reducir las mastectomías.
Siempre que sea posible se debe priorizar la mamografía digital frente a la convencional debido a las múltiples ventajas que produce, entre las que se encuentran: dosis mas bajas de radiación, imágenes con mayor calidad y la posibilidad de un procesamiento posterior.
La mamografía se realiza en una unidad de rayos x especializada. Se utiliza una técnica radiológica especial que requiere una compresión de la mama durante 5-10 segundos para administrar dosis bajas de radiación y obtener imágenes de alta calidad.

El procedimiento se realiza con el paciente desvestido de cintura para arriba y se colocara de pie erguido delante de la máquina. Para obtener las proyecciones necesarias (cuatro en total, dos de cada mama) el técnico especialista en radiodiagnóstico colocará la mama sobre la placa y aplicará con cuidado compresión progresiva durante 5-10 segundos. Durante la compresión el paciente puede sufrir dolor o molestia (a mayor compresión implica menor dosis radiación , mayor calidad de las imágenes y un diagnóstico mas fácil). Es importante no moverse durante este periodo para la obtención de una imagen nítida.

Inmediatamente después de la obtención de la mamografía la mama será liberada de la compresión.

Las proyecciones laterales ofrecen una localización más real de las lesiones, al ser una proyección ortogonal a la proyección cráneo-caudal.

3.1 MAMOGRAFÍA DE CRIBADO

Se llama mamografía de cribado a aquellas mamografías realizadas en mujeres sin síntomas. La finalidad es la búsqueda de signos precoces de cáncer de mama.

El cribado se realiza periódicamente con el fin de detectar pequeños cánceres antes de que se identifiquen por palpación o exploración clínica de las mamas.

Es conveniente que a partir de los 40 años se realicen cada 1 ó 2 años. A partir de los 50 años se recomienda hacer el cribado de manera anual.

Las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama deben empezar incluso antes a hacerse estudios de imagen periódicos, posiblemente con protocolos que incluyan la resonancia magnética con contraste ya que las mamografías en estos casos pueden tener una capacidad diagnostica muy limitada.

La mamografía de cribado consta de cuatro imágenes o proyecciones (dos de cada mama): la proyección craneocaudal y la oblicua mediolateral.

Las imágenes suelen ser interpretadas por dos radiólogos distintos. Si se considera que la mamografía no revela ninguna anomalía sospechosa la mujer recibirá una carta en la que se lo comunican, de lo contrario, se le realizarán otro tipo de pruebas como la RM , ecografía o biopsia u otro tipo de proyección mamográficas con lo que el radiólogo pueda completar un informe final.

3.2 MAMOGRAFÍA DE DIAGNÓSTICO

Se realiza en pacientes que presentan síntomas clínicos como es un bulto palpable, secreción del pezón, retracción del pezón o engrosamiento de la piel, para diagnosticar o descartar un cáncer de mama.

Antes o después de la proyección bilateral el radiólogo realizará una exploración clínica de las mamas del paciente . Se pueden colocar unos marcadores sobre la piel para marcar bultos, cicatrices previas u otras anomalías. En caso necesario se realizaran proyecciones adicionales para que el radiólogo pueda completar un informe formal por escrito con conclusiones y medidas recomendadas.

4. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA MAMOGRAFÍA

Ninguna prueba diagnóstica es perfecta. Al pensar en las pruebas de cribado se debe saber que aproximadamente el 28% de los cánceres de mama pueden pasarse por alto especialmente en mujeres premenopaúsicas y en aquellas con mamas densas.

A pesar de ello la mamografía es el mejor método demostrado para el cribado de las mujeres con riesgo normal.

5. EXPOSICIÓN A LA RADIACIÓN

La exposición a la radiación en la mamografía es baja. Un estudio desveló que la realización de mamografías durante un periodo de 34 años (anual de los 40 a los 55 años y bienal desde los 56 a los 74 años) implica un riesgo de cáncer de mama inducido por la radiación igual al 1 por cada 1000 mujeres sometidas al cribado. Mientras que la disminución de muerte por cáncer de mama por la detección precoz gracias de la mamografía de cribado es de alrededor del 40%.

Incluso aunque el cáncer de mama sea inducido por las radiación de las mamografías de cribado la mayoría de ellos se detectarían precozmente y se tratarían.

6. BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:**

➢ Yaffe MJ, Mainprize JG (2011) Risk of radiation-induced breast cancer from mammographic screening. Radiology 258:98–105.

- **Página WEB :**

➢ http://www.sedim.es/nueva/wp-content/uploads/2019/02/Mamograf%C3%ADa_actualización_Eusobi_info_mujeres.pdf

➢ https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/prevencion/factores-riesgo-cancer-mama

➢ https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/

- https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/prevencion/mamografias

TEMA 210. MOBBING- ¿LUGAR DE EMPLEO O LUGAR DE ASEDIO?.

- LYDIA WARNER PALLÁS
- M. JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ

INDICE

INTRODUCCIÓN

MANIFESTACIONES

CONDUCTAS CONCRETAS DE MOBBING

- CON MEDIDAS ORGANIZACIONALES
- CON AISLAMIENTO SOCIAL
- CON ACCIONES DE ATAQUE A SU VIDA PRIVADA

CARACTERÍSTICAS DEL MOBBING

CONSECUENCIAS

- Segun el Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT), el mobbing u hostigamiento psicológico describe una situación en la que una persona sufre violencia psicológica de forma sistemática al menos una vez por semana, durante un tiempo prolongado, seis meses o mas. Proviene del término inglés mobbing cuyo significado literal es “ataque en grupo”.

- La revista germana Focus lo define como “hostigamiento frecuente, repetido y sistemático”. Va más allá de los comentarios sarcásticos, críticas y bromas; es toda una campaña de terror psicológico cuyo objetivo es hacer de la víctima un marginado. Así pues, el fenómeno se refiere específicamente a la presión colectiva contra un individuo, ejercida mediante diversas medidas encaminadas a irritarlo o agredirlo.

MANIFESTACIONES

- Este hostigamiento se manifiesta de diversas maneras que podemos englobar en:
  - ➢acciones contra la reputación de la persona o su dignidad, incluyendo aquí el acoso sexual. Implica ridiculizar o reirse públicamente del sujeto, de su aspecto físico, de sus gestos, de su voz, de sus convicciones personales o religiosas, de su estilo de vida, etc.
  - ➢acciones contra el ejercicio de su trabajo por exceso o por defecto, por medio de comentarios injuriosos, encomendándole trabajo en exceso o difícil de realizar cuando no innecesario, monótono o repetitivo o incluso tareas para los que el individuo no está cualificado o que requieren una menor cualificación

- menor que la poseída. Demandas contradictorias o excluyentes, obligándole a realizar tareas en contra de sus convicciones morales, etc.

- manipulación de la informacion en su perjuicio provocando ambigüedad de rol, incertidumbre, comunicación explicitamente hostil (amenazas, críticas, represiones) o implícitamente (no dirigiendo la palabra, ignorando sus opiniones o su presencia), negándole u ocultándole los medios para realizar su trabajo, utilizando selectivamente la comunicación (para reprender o amonestar y nunca para felicitar, acentuando la importancia de sus errores y minimizando sus aciertos.

- CONDUCTAS CONCRETAS DE MOBBING

- CON MEDIDAS ORGANIZACIONALES

✓El superior restringe a la persona las posibilidades de hablar
✓Cambiar la ubicación de una persona separándole de sus compañeros
✓Prohibir a los compañeros que hablen con él
✓Obligarle a ejecutar tareas en contra de su conciencia
✓Juzgar su desempeño de manera ofensiva
✓Cuestionar sus decisiones
✓No asignarle tareas
✓Asignar tareas sin sentido
✓Asignarle tareas muy por debajo de sus capacidades

- CON AISLAMIENTO SOCIAL

✓Restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona

✓Rehusar la comunicación con el trabajador a través de miradas y gestos

✓Rehusar la comunicación directamente con ella

✓No dirigirle la palabra

✓Tratarle como si no existiera

- ACCIONES DE ATAQUE A SU VIDA PRIVADA

- Críticas permanentes a su vida privada

✓Terror telefónico

✓Hacerle parecer estúpida

✓Dar a entender que tiene problemas psicológicos

✓Mofarse de sus discapacidades

✓Burlarse de los gestos, voces... de una persona

✓Mofarse de su vida privada

- CARACTERíSTICAS DEL MOBBING

- Una característica de la situación es la de ser un conflicto asimétrico entre las dos partes, donde la parte hostigadora tiene más recursos, apoyos o una posición superior a la del trabajador hostigado.
- Otra de las particularidades de este tipo de procesos es que el afectado perciba que sus hostigadores tienen la intención explícita de causarle daño o mal, lo que convierte a la situación en especialmente estresante.
- Por otra parte, en estas ocasiones el individuo no sabe cómo afrontar la situación, ni sabe cómo controlar las reacciones emocionales que le produce dicho proceso.

- El fracaso en el afrontamiento de la situación y en el control de la ansiedad desencadena una patología propia del estrés, que se va cronificando y agravando progresivamente.

- CONSECUENCIAS

  - Para el trabajador
    - A nivel psíquico: ansiedad: la presencia de un miedo acentuado y continuo, de un sentimiento de amenaza. Pueden presentarse trastornos emocionales como sentimientos de fracaso, impotencia y frustración, baja autoestima o apatía y convertise en desencadenante de adicciones y consumo de sustancias.

A nivel físico: podemos encontrarnos con diversas manifestaciones de patología psicosomática: desde dolores y transtornos funcionales hasta transtornos orgánicos.

A nivel social: es posible que estos individuos lleguen a ser muy susceptibles, y alimenten sentimientos de agresividad u hostilidad asíc omo manifestaciones de inadaptación social. Son comunes sentimientos de ira y rencor, y deseos de venganza contra el/los agresor/es.

- Para la empresa:

- Sobre el rendimiento: al distorsionar la comunicación y la colaboración entre trabajadores, interfiere en las relaciones que deben establecerse para la ejecución de las tareas, con la consiguiente disminución de la cantidad y calidad del trabajo desarrollado por la persona afectada, el entorpecimiento o la imposibilidad del trabajo en grupo, problemas en los circuitos de información y comunicación, etc. Además es muy común que esto genere problemas de absentismo.
- Sobre el clima social: distintos conceptos (como la cohesión, la colaboración, la cooperación, la calidad de las relaciones,etc) que describen el clima social en una organización de trabajo se verán afectados.

- Sobre la accidentabilidad: Algunos estudios relacionan la calidad del clima laboral con la posibilidad de que se incremente la accidentabilidad (accidentes por negligencias o descuidos, accidentes voluntarios,..).

BIBLIOGRAFÍA

- F. Javier Llaneza Álvarez. Ergonomía y Psicosociología Aplicada. Manual para la formación del especialista. Editorial Lex Nova, Valladolid, 2005 (5ª Edición)
- Manuel García Ferrando, Jesús Ibánez, Francisco Alvira. Análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Editorial Alianza Universal Textos, Madrid, 1994 (2ª Edición)

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

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS Y RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad, a día de hoy, es considerado uno de los grandes problemas de salud que constituyen la causa inmediata de numerosas enfermedades, de las cuales, gran parte de ellas llevan asociada una alta tasa de mortalidad, con alrededor de 120.000 muertes derivadas de manera más o menos directa, del exceso de peso.

La obesidad infantil aumenta el riesgo de aparición de enfermedades en la edad adulta, como hipertensión, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.

DIABETES

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más frecuentes a nivel mundial, en el pasado la diabetes mellitus tipo 2 era diagnosticada mayormente en adultos, actualmente esta enfermedad afecta más en niños y adolescentes, debido al incremento de sobrepeso y obesidad que hay en el país, esto ha representado un problema en la salud pública y en la infancia, con consecuencias potencialmente graves.

OBJETIVOS Y RESULTADOS

Determinar la relación entre la obesidad y la diabetes tipo 2 en la edad infantil, ya que la prevalencia de diabetes ha ido en aumento, debido al incremento de obesidad, la alta frecuencia de sedentarismo que presenta la población, entre otros. Todavía sigue siendo una enfermedad difícil, crónica e incurable; pero perfectamente tratable y controlable con las respectivas atenciones y cuidados.

CONCLUSIÓN

Los niños y jóvenes con sobrepeso tienen altas probabilidades de llegar a ser adultos obesos. Teniendo en cuenta la relevancia de las intervenciones en la población mas joven se debe actuar sobre su entorno (familiar y escolar), fomentando desde la primera etapa de la vida unos hábitos de alimentación y de vida saludables e inculcándoles su mantenimiento a lo largo de toda la vida.

BIBLIOGRAFÍA

•Bautista Rodríguez L, Zambrano Plata G. La calidad de vida percibida en pacientes diabéticos tipo 2. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2015; 2(1): p. 35-39.

•Pace AE, Ochoa-Vigo K. El conocimiento sobre diabetes mellitus en el proceso de autocuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006 Oct; 14(5): p. 728-734.

•RECIMUNDO:Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, ISSN-e 2588073X, Vol.2,Nº.Extra 1,2018,págs. 464-477

•Fco. Javier Grijota Pérez, Mario Pérez-Quintero, Ignacio Bartolomé Sánchez, Julio Montero Arroyo, Jesús Siquier-Coll Diego Muñoz Marín (2018). *Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad Infantil en Entorno Rural y Urbano de Cáceres y Salamanca*. . (1).http://cienciasdelejercicio.com/articulo/prevalencia-de-sobrepeso-y-obesidad-infantil-en-entorno-rural-y-urbano-de-caceres-y-salamanca-2442-sa-V5b5b2cf77ba64

TEMA 212. CONCEPTOS BÁSICOS Y DIFERENCIACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE
PRÁCTICAS DEPORTIVAS.

- JESÚS JAVIER DÍAZ RICO

ÍNDICE

1.1 ¿Qué es el ejercicio físico, el deporte, la actividad física, la educación física y la condición física?
1.2 Antes de iniciar un programa de ejercicio
1.3 ¿Qué tipo de ejercicio debo hacer?
1.3.1 Ejercicio cardiovascular
1.3.2 Ejercicios de fortalecimiento
1.3.3 Ejercicios de flexibilidad
1.4 Ejercicio y bienestar. Efectos del ejercicio físico
1.4.1 Contraindicaciones del ejercicio físico
1.4.2 Salud y esbeltez. Algunos trastornos
1.5 Metabolismo en el deporte
1.5.1 Respuestas del organismo ante la actividad física en los sistemas cardiovascular y circulatorio

1.5.2 Cambios biológicos que propicia el entrenamiento sistemático en el sistema cardiovascular y circulatorio

1.5.3 Las respuestas del sistema respiratorio cuando hay incidencia de ejercicio físico sistemático

1.5.4 Respuesta del sistema nervioso central ante la actividad física sistemática

1.5.5 Respuestas del sistema endocrino ante la actividad física sistemática

1.5.6 Cambios bioquímicos en el tejido muscular por causa de la actividad física

1.5.7 Cambios bioquímicos en la sangre a causa de la actividad física sistemática

1.5.8 Cambios bioquímicos en la orina a causa de la actividad física sistemática

1.5.9 Cambios bioquímicos en los órganos internos por causa de la actividad física sistemática

1.5.10 Conceptos importantes del tema

1.6 Fisiología del ejercicio

1.7 Prácticas deportivas semejantes al *FullMetalBox*®

1.7.1 BODYPUMP ™

1.7.2 BODYCOMBAT ™

1.7.3 BODYBALANCE ™

1.7.4 BODYSTEP ™

1.7.5 BODYATTACK™

1.7.6 BODYVIVE ™

1.7.7 BODYJAM ™

1.7.8 RPM®

1.7.9 CXWORX®

1.7.10 TRX®

1.7.11 TAE BO®

1.7.12 FITBOX® o Cardio-Boxing

1.7.13 Slam Man, el saco de boxeo interactivo

1.7.14 *FullMetalBox*®

CONCEPTOS BÁSICOS Y DIFERENCIACIÓN ENTRE LOS TIPOS DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS

¿Cuántas veces nos han llamado o distinguido con el calificativo de obeso? ¿Cuántas veces nos han dicho “tienes que hacer deporte” o bien nos han prescrito dieta y ejercicio para perder peso? Que un profesional de la salud o del deporte le diga esto a alguien con obesidad es igual que decirle a una persona muerta a causa del abuso del alcohol: “Debes beber con moderación” o “Una copita de vino en la comida es saludable”.

1.1 ¿Qué es el ejercicio físico, el deporte, la actividad física, la educación física y la condición física?

Llamamos ejercicio físico al conjunto de acciones motoras músculo-esqueléticas. El ejercicio físico puede estar dirigido a resolver un problema motor concreto. Las acciones motoras pueden ser agrupadas por la necesidad de desarrollar alguna cualidad física como la fuerza, la velocidad, coordinación, flexibilidad.

La práctica de ejercicio físico consume energía y, por tanto, requiere el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos.

En cuanto al deporte, este se define como la actividad física que involucra una serie de reglas o normas a desempeñar dentro de un espacio o área determinada (un campo, una pista, una cancha, un tablero, una mesa, etc.) a menudo asociada a la competitividad deportiva.

Por lo general, debe estar institucionalizado (a través de federaciones o clubes) e implica la competición con uno mismo o con los demás.

Como término aislado, el deporte se refiere normalmente a actividades en las cuales la capacidad física pulmonar del competidor determina el resultado (ganar o perder); sin embargo, también se usa para incluir actividades donde otras capacidades externas —o no directamente ligadas al físico del deportista— son factores decisivos, como la agudeza mental o el equipamiento. Este es el caso de los deportes mentales o los deportes de motor. Los deportes son un entretenimiento tanto para quien lo realiza como para quien observa su práctica.

En medicina humana y veterinaria, la actividad física comprende un conjunto de movimientos del cuerpo por el que se obtiene, como resultado, un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal. A veces se utiliza como sinónimo de ejercicio físico, que es una forma de actividad física planificada y repetitiva con la finalidad de mejorar o mantener uno o varios aspectos de la condición física. La actividad física que realiza el ser humano durante más de 30 minutos y con una frecuencia de 3 veces por semana ocurre, por lo general, en el trabajo y en sus momentos de ocio, lo que aumenta considerablemente el consumo de energía y el metabolismo de reposo, es decir, la actividad física consume calorías.

A pesar de que con frecuencia se confunden los términos deporte y actividad física, en realidad, no significan lo mismo, pues el deporte presenta un carácter competitivo frente al simple hecho de la actividad física.

La Educación Física es la disciplina que estudia todo lo relacionado con el cuerpo y que ayuda a la formación integral del ser humano. De modo que con su práctica se impulsan los movimientos creativos e intencionales, la manifestación de la corporeidad a través de procesos afectivos y cognitivos de orden superior. Asimismo, se favorece el disfrute de la movilización corporal, se fomenta la participación en actividades caracterizadas por cometidos motrices y se procura la convivencia, la amistad y el aprecio de las actividades propias de la comunidad.

Los beneficios que la práctica de la educación física ofrece a la sociedad son numerosos: contribuye al cuidado y mantenimiento de la salud, fomenta la tolerancia y el respeto, ocupa el tiempo libre, es un antídoto contra el sedentarismo, etc.

La condición física es el estado de la capacidad de rendimiento psicofísica de una persona en un momento dado. Se manifiesta como capacidad de fuerza, velocidad, resistencia y flexibilidad. En ella influyen los procesos energéticos del organismo y las características psíquicas precisas para el cometido que se le asigne a dicha condición.

1.2 Antes de iniciar un programa de ejercicio

Las recomendaciones que se detallan a continuación son las que establece Texas Heart Institute (Instituto del Corazón de Texas). Es una muestra de lo que ofrece la literatura médica y las quiero presentar aquí con la intención de que nos sirva como referencia y también para demostrar que no todo vale y que no todos los tipos de ejercicio físico son y sirven para lo mismo.

Si usted ha decidido iniciar un programa de ejercicio, ya se encuentra en el camino para mejorar su salud cardiovascular y su nivel de condicionamiento físico.
No obstante, antes de nada, debe consultar a un médico, sobre todo si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Toma un medicamento recetado.
- Ha tenido alguna vez algún tipo de problema cardiovascular (especialmente, un ataque al corazón).
- Es diabético.
- Tiene problemas de huesos o articulaciones.
- Sufre de presión arterial alta y no toma medicamentos para controlarla.
- Tiene antecedentes familiares de enfermedad arterial coronaria.
- Es un hombre mayor de 45 años o una mujer mayor de 50 y no está acostumbrado siquiera a niveles moderados de ejercicio físico.
- Fuma.
- Tiene mucho sobrepeso.

1.3 ¿Qué tipo de ejercicio debo hacer?

Hay tres categorías de ejercicio físico: cardiovasculares, de fortalecimiento y de flexibilidad.

El **ejercicio cardiovascular** —también denominado ejercicio aeróbico— emplea los músculos grandes y puede realizarse durante largo tiempo. Entre sus actividades se encuentran las caminatas, el trote, la natación y el ciclismo. Estos ejercicios hacen que el organismo emplee el oxígeno de manera más eficiente y brindan máximos beneficios al corazón, los pulmones y el aparato circulatorio.

Los ejercicios de fortalecimiento y flexibilidad son, por el contrario, ejercicios anaeróbicos y no brindan beneficios cardiovasculares, pero fortalecen los músculos y los huesos.

Los ejercicios de fortalecimiento requieren un esfuerzo intenso aunque de corta duración. Los ejercicios de flexibilidad tonifican los músculos al estirarlos y pueden prevenir problemas musculares y de articulaciones.

Un programa de ejercicio bien equilibrado incluye algún tipo de ejercicio de cada categoría.

1.3.1 Ejercicio cardiovascular

El ejercicio cardiovascular es aquel que aumenta la frecuencia cardiaca a un nivel donde todavía es posible hablar aunque se empiece a sudar un poco.
20 minutos de ejercicio cardiovascular tres o cuatro días a la semana son suficientes para mantener una buena condición física.

Aunque, en principio, cualquier movimiento es bueno (incluso limpiar el hogar u ocuparse del jardín), si usted desea adelgazar, deberá realizar algún tipo de ejercicio cardiovascular durante 30, 45 minutos o más, un mínimo de cuatro días por semana.

El programa de ejercicio cardiovascular ideal empieza con un precalentamiento (entre 5 y 10 minutos) que, mediante movimientos suaves, aumenta levemente la frecuencia cardiaca. Tras este precalentamiento, puede realizar unos 20 o 30 minutos de ejercicio cardiovascular (por ejemplo, gimnasia aeróbica, trote sobre cinta, caminata…) hasta alcanzar lo que se denomina frecuencia cardiaca de entrenamiento. La tabla que aparece más abajo le servirá para encontrar su zona de frecuencia cardiaca deseada o zona de entrenamiento.

La frecuencia cardiaca de entrenamiento permite conocer nuestro nivel de condicionamiento físico antes iniciar un programa de ejercicio, indica la intensidad del mismo y mide nuestro progreso.

Al comenzar un programa, lo aconsejable es estar cerca del límite inferior de la zona de entrenamiento. Si usted realiza ejercicio con regularidad, puede hacerlo a una intensidad suficiente como para mantenerse cerca del límite superior de la zona de entrenamiento. Para asegurarse de que se halla dentro de su zona de entrenamiento, deberá tomarse el pulso con cierta frecuencia al hacer ejercicio, colocando la base del dedo pulgar o los dedos índice y medio en su muñeca (pulso radial) o en un lado del cuello (pulso carotídeo).

Coloque los dedos índice y medio sobre el pulso y cuente el número de latidos en un espacio de 10 segundos. Multiplique esa cifra por 6 para calcular el número de latidos por minuto. Por ejemplo, si contó 20 latidos durante los 10 segundos, su frecuencia cardiaca sería de 120 latidos por minuto.

Frecuencia cardiaca de entrenamiento según la edad. Latidos por minuto (% de la frecuencia cardiaca máxima)		
EDAD	Baja (50 %)	Alta (75 %)
20	100	150
25	98	146
30	95	143
35	93	139
40	90	135
45	88	131
50	85	128
55	83	124
60	80	120
65	78	116
70	75	113
Observación: Si está tomando ciertos medicamentos, tales como betabloqueantes, posiblemente no pueda alcanzar la frecuencia cardiaca de entrenamiento. Recuerde: Siempre obtenga autorización del médico de antes de iniciar un programa de ejercicio.		

Fuente: Texas Heart Institute (Instituto del Corazón de Texas)

Nunca trate de tomar la frecuencia cardiaca de entrenamiento antes de iniciar el ejercicio, porque los músculos y el aparato circulatorio deben prepararse lentamente. Intensifique la actividad poco a poco hasta lograr la frecuencia cardiaca de entrenamiento sin excederse.

Por último, concluya su programa de ejercicio con un periodo de enfriamiento de unos 5 o 10 minutos, a fin de reducir la frecuencia cardiaca y evitar que los músculos se contraigan.

Por otro lado, debemos recordar la importancia de mantener el cuerpo hidratado, bebiendo suficiente cantidad de agua durante el ejercicio físico, pues es la manera de reponer el líquido perdido con el sudor. Esta recomendación se hace especialmente necesaria en condiciones de calor y humedad,

que no solo dificultan la realización del ejercicio, sino que, además, podrían inducir a la aparición de calambres, agotamiento, golpes de calor, etc.

1.3.2 Ejercicios de fortalecimiento

Estetipodeejercicios,queserealizanconpesasomáquinasespeciales,fortalecenlosmúsculosyloshuesosyaceleranelmetabolismo.Asimismo,tambiénfavorecenelaumentodeltamañodelosmúsculosynospermitenquemarcalorías inclusoenreposo.

A fin de obtener los mejores resultados, estos ejercicios han de realizarse dos o tres veces por semana, comenzando con un precalentamiento de unos 5 a 10 minutos de duración.

Para empezar, debe encontrar el peso que puede levantar cómodamente para realizar unas 8 o 12 repeticiones. Cuando pueda realizar fácilmente esas repeticiones de un ejercicio, podrá aumentar ligeramente el peso a levantar.
Los ejercicios elegidos deben trabajar las piernas, los brazos, el pecho, la espalda y el abdomen. En la ejecución de las series es muy importante la respiración: se exhala cuando se levantan las pesas y se inhala cuando se bajan. Asimismo, cada movimiento se debe realizar de forma lenta y controlada, sin usar demasiada fuerza ni hacer movimientos bruscos.

1.3.3 Ejercicios de flexibilidad

Por lo general, estos ejercicios son los que reciben menor atención en los programas de condicionamiento físico, lo que supone un gran error, ya que la flexibilidad mejora la postura corporal, reduce el riesgo de sufrir lesiones,

brinda más libertad de movimiento y alivia la tensión y el dolor muscular.

Antes de iniciar la fase de estiramiento, ha de comenzar con un periodo de precalentamiento de 5 a 10 minutos (caminar un poco, pedalear lentamente en una bicicleta ergométrica o trotar suavemente) para relajar los músculos, ya que si se estira en frío pueden aparecer lesiones. Si los ejercicios de estiramiento son parte de un programa más largo que incluye ejercicio cardiovascular, es necesario estirar después de finalizar la fase de enfriamiento del programa. Siempre es importante esperar a que la frecuencia cardiaca haya disminuido antes de comenzar la fase de estiramiento.

Trate de trabajar cada grupo muscular, realizando ejercicios de estiramiento en los que se mantenga la posición entre 10 y 30 segundos.

No es necesario estirar demasiado, ya que se podría producir una distensión o un desgarro. Una vez más, la respiración juega un papel importante en esta fase, de modo que hay que acompañar los estiramientos con una respiración lenta y profunda.

1.4 Ejercicio y bienestar. Efectos del ejercicio físico

Ya lo decían los romanos: “Mens sana in corpore sano”. La realización de ejercicio físico produce efectos positivos no solo a nivel físico, sino también a nivel mental. Entre los principales beneficios de la realización de ejercicio físico se encuentran los siguientes.

1. Atenúa la sensación de fatiga.
2. Reduce el colesterol.

3. Libera endorfinas, produciendo sentimientos de placer y de euforia.
4. Es un perfecto antídoto contra la depresión, la ansiedad y el estrés.
5. Favorece un sueño y un descanso óptimos.
6. Reduce de manera eficaz el sobrepeso.
7. Elimina toxinas.
8. Incrementa la circulación cerebral, favoreciendo la atención y mejorando los procesos del pensamiento.
9. Mejora la capacidad física, cardiovascular y fortalece el sistema osteomuscular (huesos, cartílagos, ligamentos, tendones), aumentando así la calidad de vida y el grado de independencia en las personas de más edad.
10. Prolonga el tiempo socialmente útil de la persona, favorece la longevidad y retarda los cambios de la vejez.
11. Mejora el aspecto físico de la persona.
12. Fortalece el sistema inmunitario.

Porotrolado,sehacomprobadoqueelejerciciofísicoesbeneficioso,sobretodo,enlaprevenciónde laaparicióndeenfermedadescomoelasma,ladiabetesmellitus,ladiabetesgestacional,laobesidad,lahipertensión,laosteoporosis,algunostiposdecáncer,etc.

1.4.1 Contraindicaciones del ejercicio físico

Aunquerealizarejerciciofísicoesbuenoysaludable,debemosplantearnosquétipodeejercicioeselmásrecomendableencadacaso, segúnlascaracterísticasycircunstanciasdecadapersona,yduranteCuántotiemposedeberealizar.

El siguiente cuadro sintetiza a la perfección los riesgos y beneficios que tiene la práctica de la actividad física.

Pros y contras de la actividad física

RIESGOS

Golpe de calor
Desequilibrio en los sistemas que regulan la temperatura corporal. Evitar hacer ejercicio cuando hace demasiado calor y hay mucha humedad. Beber agua antes, durante y después de la actividad reduce el riesgo.

Afecciones cardiovasculares

SINCOPE: Pérdida de conocimiento con recuperación espontánea. Puede preceder a la muerte súbita.

MUERTE SUBITA: Es poco frecuente en los menores de 40 años y en las personas con buen entrenamiento.

Lesiones articulares y óseas
Son más frecuentes en personas con sobrepeso y poco entrenadas. La actividad física fortalece los huesos y las articulaciones.

Lesiones musculotendinosas
Son desgarros o rupturas en las fibras musculares. Una consecuencia de esfuerzos exagerados. El calentamiento previo ayuda a evitarlas.

BENEFICIOS

PSIQUICOS
Favorece la autoestima.
Produce alegría, plenitud y placer.

SOCIALES
Mejora las relaciones sociales y familiares. Facilita la comunicación entre personas. Aumenta la productividad laboral.

FISICOS
DISMINUYE: El peso corporal, el colesterol y los triglicéridos, y los niveles de hipertensión.

MEJORA: La postura, la eficiencia respiratoria y cardiovascular, el tono y la masa muscular, el tejido óseo, el funcionamiento hormonal, la actividad cerebral, el sistema inmunológico.

Fuente DR. ALBERTO RICART, CONF. SUDAM. DE MEDICINA DEL DEPORTE | DR. HECTOR KUNIK, ASOC. METROPOLITANA DE MEDICINA DEL DEPORTE

CLARIN

Fuente: actividadfisica12.blogspot.com

1.4.2 Salud y esbeltez. Algunos trastornos

La constante presión que ejercen los medios de comunicación y la publicidad en el aspecto físico está favoreciendo en la actualidad la aparición de trastornos alimenticios tanto en la mujer como en el hombre.

Uno de los trastornos más comunes hoy día, especialmente entre los hombres, es la vigorexia o deformación muscular, que no es otra cosa que una obsesión por el cuerpo que lleva a la persona a realizar ejercicio en exceso, pero sin alcanzar la satisfacción.

Las personas afectadas por este trastorno sienten que el ejercicio físico que realizan es insuficiente, por lo que comúnmente recurren a fármacos como los anabólicos y esteroides para alcanzar el cuerpo que desean.

Lo grave de este trastorno es que limita la calidad de vida de las personas que lo padecen, ya que dejan de tener vida social, porque no se sienten a gusto con su cuerpo, e incluso abandonan el trabajo a fin de no interrumpir los continuos y sacrificados entrenamientos a los que se someten.

Al igual que ocurre en la anorexia, la persona afectada por este trastorno tiene una imagen distorsionada de su cuerpo, pues, a pesar de tener un cuerpo suficientemente tonificado y musculoso, se avergüenza de sí misma.

En la planificación del ejercicio físico deben desarrollarse todos los aspectos, pero atendiendo preferentemente al desarrollo de la resistencia, flexibilidad, coordinación y acondicionamiento muscular. Puede ser conveniente potenciar algún grupo muscular deficitario al comienzo del acondicionamiento aeróbico.

No rehabilitar adecuadamente los músculos necesarios puede conllevar lesiones recidivantes y el abandono de los programas del acondicionamiento físico. Cuando el individuo lleve tiempo sin realizar una actividad deportiva o no la haya hecho nunca, se tendrá prudencia al principio del acondicionamiento, recomendando intensidades de esfuerzo suaves, en torno a los 3-4 MET., con ligeros aumentos cada 3 o 4 semanas. La supervisión por un profesional especializado es necesaria en este grupo de personas.

Nota: MET (Equivalente Metabólico): la proporción de la tasa metabólica de trabajo a la tasa metabólica en reposo. Un MET se define como 1 kcal / kg / hora y es más o menos equivalente al coste energético de estar sentado en silencio. Un MET también se define como consumo de oxígeno en ml / kg / min con un MET igual al coste en oxígeno de estar sentado en silencio, lo que equivale a 3,5 ml / kg / min.

Actividad física	MET
Actividades de intensidad de luz	<3
Sueño	0.9
Viendo la televisión	1.0
La escritura, el trabajo de escritorio, escribiendo	1.8
Caminar, 1.7mph (2,7km/h), a nivel del suelo, dar un paseo, muy lento	2.3
Caminar, 2.5mph (4km/h)	2.9
Las actividades de intensidad moderada	3-6
Bicicleta estática, muy ligero esfuerzo	3.0
Caminar 3.0 mph(4,8km/h)	3.3
Calistenia, ejercicios en casa, esfuerzo leve o moderada, en general	3.5
Caminar 3.4mph (5,5km/h)	3.6
Andar en bicicleta, <10mph (16km/h), el ocio, al trabajo o por placer	4.0

	MET
Bicicleta estática, al doble del esfuerzo normal	5.5
Actividades vigorosa intensidad	>6
Footing, en general	7.0
Gimnasia (por ejemplo, flexiones, sentadillas, dominadas, saltos), el esfuerzo pesado y vigoroso.	8.0
Correr	8.0
Saltar la cuerda	10.0

Tabla de unidades MET según la actividad física. Fuente: wikipedia.org

Tanto si las recomendaciones se realizan por personal técnico a individuos considerados aisladamente, como si se hacen desde los servicios de salud pública por medio de campañas o programas de educación sanitaria, es necesario que se definan claramente los objetivos que se pretenden conseguir, el tipo de ejercicio recomendado y la intensidad, la frecuencia y la duración del mismo.

El programa aconsejado siempre se adecuará a la edad, sexo, estado de salud, constitución, forma física e interés personal. Al indicar un programa de ejercicio físico, es necesario tener en cuenta algunas variables fundamentales en orden a la adecuada realización de la actividad.

1.5 Metabolismo en el deporte

Fuente: hebertomustaine.blogspot.com.es

Las personas que practican actividad física de forma regular experimentan distintos cambios biológicos, entre los que destacan los cambios morfofisiológicos, bioquímicos y psíquicos. No obstante, es necesario indicar que estos cambios no se dan de forma inmediata en el organismo, sino que van surgiendo como un proceso adaptativo del organismo a las cargas de trabajo a que está sometido continuamente.

En este sentido, y como ya anunciamos anteriormente, el deporte es una manera eficaz para prevenir y combatir enfermedades cardiovasculares, arteriales, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, etc.

Investigadores del Hospital General de Massachusetts, en Estados Unidos, han examinado algunas

de estas variaciones con el objeto de presentar un mapa de cambios metabólicos que expliquen los beneficios de la actividad física. Los experimentos, que realizaron con adultos saludables, corredores de maratón y personas sin un buen estado físico, se centraron en el estudio de los componentes de la sangre durante la práctica de actividad física.

Las conclusiones de dicho estudio, publicadas en la revista *Science Translational Medicine, revelan que un mayor conocimiento de los cambios metabólicos ayudaría a identificar los efectos saludables del ejercicio tanto en individuos con problemas cardiovasculares como sin ellos, al tiempo que permitiría equilibrar los estados metabólicos inadecuados que contribuyen, por ejemplo, a enfermedades como la obesidad o la diabetes.*

Los científicos presentan un primer conjunto de cambios que aún no está completo, ya que se desconocen todas las variaciones metabólicas que induce el deporte, y que han definido tanto para el deporte moderado como para el intenso. Según afirman, 10 minutos de ejercicio intenso o 30 minutos de ejercicio moderado son suficientes para generar cambios metabólicos beneficiosos que pueden durar hasta una hora, lo que apoya la tesis de que la práctica de deporte en períodos cortos y frecuentes mantiene la salud de las personas.

Los resultados también muestran que, cuanto más en forma está una persona, mayor efecto tiene en su organismo la práctica deportiva, ya que los cambios son más beneficiosos.

Otro reciente estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de California ha comprobado que el ejercicio incrementa el número de glóbulos blancos y de células NK (Natural killer), es decir, células asesinas naturales que circulan en la sangre y defienden al organismo del desarrollo de células cancerígenas y de infecciones causadas por microorganismos como virus, bacterias y parásitos.

1.5.1 Respuestas del organismo ante la actividad física en los sistemas cardiovascular y circulatorio

Algunos de los cambios importantes que se producen en el sistema cardiovascular y circulatorio son:

1. Aumento del gasto cardíaco.
2. Aumento del volumen sistólico (cantidad de sangre que sale del corazón a las arterias).

3. Aumento de la frecuencia cardíaca.
4. Aumenta la fuerza de contracción.
5. Aumenta el flujo sanguíneo muscular para facilitar el transporte de oxígeno al músculo activo.

6. Aumenta la presión media sistémica de llenado debido a la contracción de las venas.
7. Aumento de la presión arterial.
8. Aumento del volumen cardíaco.

1.5.2 Cambios biológicos que propicia el entrenamiento sistemático en el sistema cardiovascular y circulatorio

Las respuestas de nuestro cuerpo ante la actividad física propician que en el organismo ocurran cambios funcionales:

1. Aumento del tamaño del corazón y fortalecimiento, permitiendo funcionar con menor frecuencia, bombeando más sangre a los tejidos.
2. Aumento del número de capilares en funcionamiento.
3. Aumento de la elasticidad sanguínea, permitiendo que la sangre circule con más facilidad.
4. Aumento del número de glóbulos rojos y la hemoglobina (16-17 Mg/cm^3).
5. Menos grasa y sustancias lipoides en la sangre.
6. Mejor perfusión sanguínea a nivel capilar.

1.5.3 Las respuestas del sistema respiratorio cuando hay incidencia de ejercicio físico sistemático

El sistema respiratorio se estimula de distintas maneras: primero, cuando la actividad física provoca que el sistema nervioso central mande, a través del cerebro, colaterales al tronco encefálico para que este estimule la respiración. Además, muchos de los cambios que ocurren en el sistema circulatorio y en el cardiovascular estimulan cambios en la respiración. También se estimula cuando, debido al consumo de oxígeno en los tejidos musculares para garantizar la actividad física que se ejecuta, producen grandes cantidades de CO2, que reacciona con el agua de los tejidos, formando ácido carbónico que después se disocia en hidrogeniones que activan los quimiorreceptores del área quimiosensible del centro respiratorio y, de esta forma, se estimulan los cambios y respuesta de la respiración ante la actividad física. Dichos cambios son:

1. Aumento de la ventilación pulmonar.

2. Aumento de la respiración alveolar.
3. Aumento del área de intercambio de sustancias en los capilares.
4. Aumento de la difusión de oxígeno por la membrana.
5. Aumento de la presión de CO2 y O2 en los alvéolos.
6. Aumento de la tasa de ventilación alveolar.
7. Aumento del volumen respiratorio.
8. Aumento de la frecuencia respiratoria.
9. Aumento del volumen pulmonar.
10. Aumenta en más de 50 veces la energía para poder respirar.
11. Aumenta más del doble la velocidad de difusión del CO2 por la membrana.
12. Aumenta la tasa de consumo de oxígeno por los tejidos.
13. Aumenta la presión de oxígeno en los tejidos.
14. Aumenta el transporte de oxígeno y dióxido de carbono.
15. Aumenta el coeficiente de utilización.

1.5.4 Respuesta del sistema nervioso central ante la actividad física sistemática

El entrenamiento sistemático mejora la velocidad y eficacia del sistema nervioso central a la hora de recibir las percepciones, proyectar actividad motora, la orden de ejecutar impulsos nerviosos para los músculos. Además, produce una mejor influencia del sistema parasimpático en:

- Corazón y circulación.
- Respiración.
- Sistema endocrino.
- Metabolismo.
- Sistema excretor.
- Sueño más rápido y profundo.

1.5.5 Respuestas del sistema endocrino ante la actividad física sistemática

1. Aumenta la capacidad de destrucción y eliminación de los productos de desecho en el hígado.
2. Aumentan las secreciones (hormonales) de las glándulas relacionadas con el ejercicio:

- Suprarrenales.
- Páncreas.
- Testosterona.
- Adrenalina.
- Glucagón.
- Catecolaminas.
- Tiroideas.
- Insulina.

Se mejora la síntesis y el depósito de glucógeno en hígado. Aumenta la captación de aminoácidos y
se eleva el metabolismo.

3. En lo que respecta al metabolismo, se produce:

- Mejor producción de ATP.
- Mejor producción de fosfato de creatina.
- Aumento de la sustancias de resíntesis de ATP de reserva: glucógeno, azúcar sanguínea y la reserva de ácidos grasos.

1.5.6 Cambios bioquímicos en el tejido muscular por causa de la actividad física

Cambios que ocurren en los trabajos musculares cortos e intensos donde en el proceso es
anaerobio:

- Aumento de los procesos anaerobios y aeróbicos proporcionalmente.
- Aumento de los polipéptidos y el NH3.

Comportamiento del oxígeno:

- El consumo de oxígeno (O2) es de 5 % a 10 %.
- El oxígeno no usado o deuda es de 90 % a 95 %.

Metabolismo de los glúcidos y el glucógeno en el proceso energético anaerobio:

- En condiciones anaerobias, la resíntesis del ATP es preferentemente partiendo del glucógeno contenido en el músculo. Esto se debe a que el glucógeno muscular resulta más ventajoso de utilizar porque reporta un saldo positivo de 3 ATP/6 C (o sea, por hexosa), mientras que la glucosa sólo aporta 2 ATP/ 6 C.

Cambios que ocurren en los trabajos musculares largos y moderados donde el proceso es aerobio:

- Aumento de los procesos aerobios.

•Aumento del ATP.
• Disminución del NH3.

Comportamiento del oxígeno:
• El consumo de oxígeno es de 90 % a 95 %.
• El oxígeno no usado o deuda es de 5 % a 10 %.

Metabolismo de los glúcidos y el glucógeno y las grasas en el proceso energético aerobio:
• En los procesos aerobios disminuye el glucógeno muscular, utilizándose la glucosa sanguínea proveniente del glucógeno hepático. Por otra parte, se movilizan las grasas del tejido adiposo y son transportadas hacia el hígado a través de los complejos solubles lipoproteicos. Estas sustancias pueden oxidarse completamente, aportando más del doble de la energía que brindan los glúcidos durante su oxidación completa, es decir, que las grasas liberan ~ 9,3 Kcal. /g, mientras que los glúcidos liberan ~ 4,3 Kcal. /g.

Cambios generales que mejoran el sistema muscular-articular cuando se ha practicado actividad física sistemática:

- Mejora la alimentación de las fibras musculares (aumento del grosor y de la masa muscular).
- Fortalece los tendones, ligamentos y membranas musculares: sarcolema, perimisio y epimisio.
- Aumenta la cantidad de fosfato de creatina, glucógeno, calcio (Ca), potasio (K), magnesio (Mg), y se dan modificaciones en la cronaxia (excitabilidad), debido al aumento de la masa muscular.

1.5.7 Cambios bioquímicos en la sangre a causa de la actividad física sistemática

Los cambios que ocurren en los músculos por incidencia de la actividad física se reflejan en los fluidoscorporales y,

principalmente, en la sangre. Por esta razón, se originan los denominados cambios en la sangre, que pueden deberse a los esfuerzos de resistencia o a los esfuerzos de velocidad y fuerza.

Los cambios en la sangre se dividen en dos tipos fundamentales, según las condiciones en que se manifieste la actividad física:

1. Cambios temporales: Se dan durante la ejecución del esfuerzo físico y se caracterizan por ser reversibles, ya que las variaciones que ocurren en los diferentes parámetros retornan a sus cifras o valores normales en un tiempo breve que no es superior a las 24 horas tras haber terminado el ejercicio. Estos cambios dependen específicamente del esfuerzo físico que se realizó y entre ellos se encuentran los siguientes:

• Aumento de la volemia (en reposo, circula en el 70 % de la sangre y el resto está en hígado, bazo, riñones).

• Relación entre el plasma y elementos figurados. En reposo: plasma 55 %; elementos figurados 45 %. En actividad: plasma 45 %; elementos figurados 55 %.
• Comportamiento de la glicemia 2: en trabajos cortos e intensos, aumenta; en trabajos largos y moderados, disminuye.
• Comportamiento del lactato: en trabajos cortos e intensos, aumenta de forma aguda; en trabajos largos y moderados, aumenta ligeramente.
• Comportamiento de las reservas alcalinas: en trabajos cortos e intensos, disminuye de forma aguda; en trabajos largos y moderados, disminuye ligeramente.
• Aumenta la variación de hormonas, electrolito y enzimas.

2. Cambios permanentes: Son el efecto de la suma de las sesiones de entrenamiento en un período de tiempo que puede tardar hasta años después de estar realizando una actividad física constante y sistemática.

Estos cambios se identifican en el estado de reposo y sólo aparecen como resultado de una actividad física constante y sistemática. Entre estos cambios se encuentran:

- Aumento del hematocrito (estructura de la hemoglobina).
- Aumento de la hemoglobina.
- Disminución del lactato en sangre.
- Aumento de las reservas alcalinas.

1.5.8 Cambios bioquímicos en la orina a causa de la actividad física sistemática

La orina, al igual que la sangre, refleja la actividad que hubo en el músculo a causa del esfuerzo físico. Estos cambios bioquímicos se reflejan en la constitución química de la orina:

1. Comportamiento de la diuresis: en trabajos cortos e intensos, aumenta (por el incremento del volumen sanguíneo por minuto y por el aumento de la presión sanguínea, lo que provoca un incremento de la filtración renal).

En trabajos largos y moderados, disminuye (debido al aumento de la sudoración y a la pérdida de agua por los pulmones como consecuencia de la hiperventilación).

2. Comportamiento de la densidad: en trabajos cortos e intensos, disminuye debido al aumento de la diuresis. En trabajos largos y moderados, disminuye debido a la disminución de la diuresis.

3. Hay **proteinuria** (proteínas en la orina), debido al aumento de la permeabilidad del epitelio renal, por la acumulación de sustancias ácidas como el ácido láctico; de esta forma se permite el paso de estas macromoléculas hacia los túbulos renales.

4. Hay **glucosuria** (presencia de la glucosa en la orina), característica en los esfuerzos físicos típicos de gran intensidad

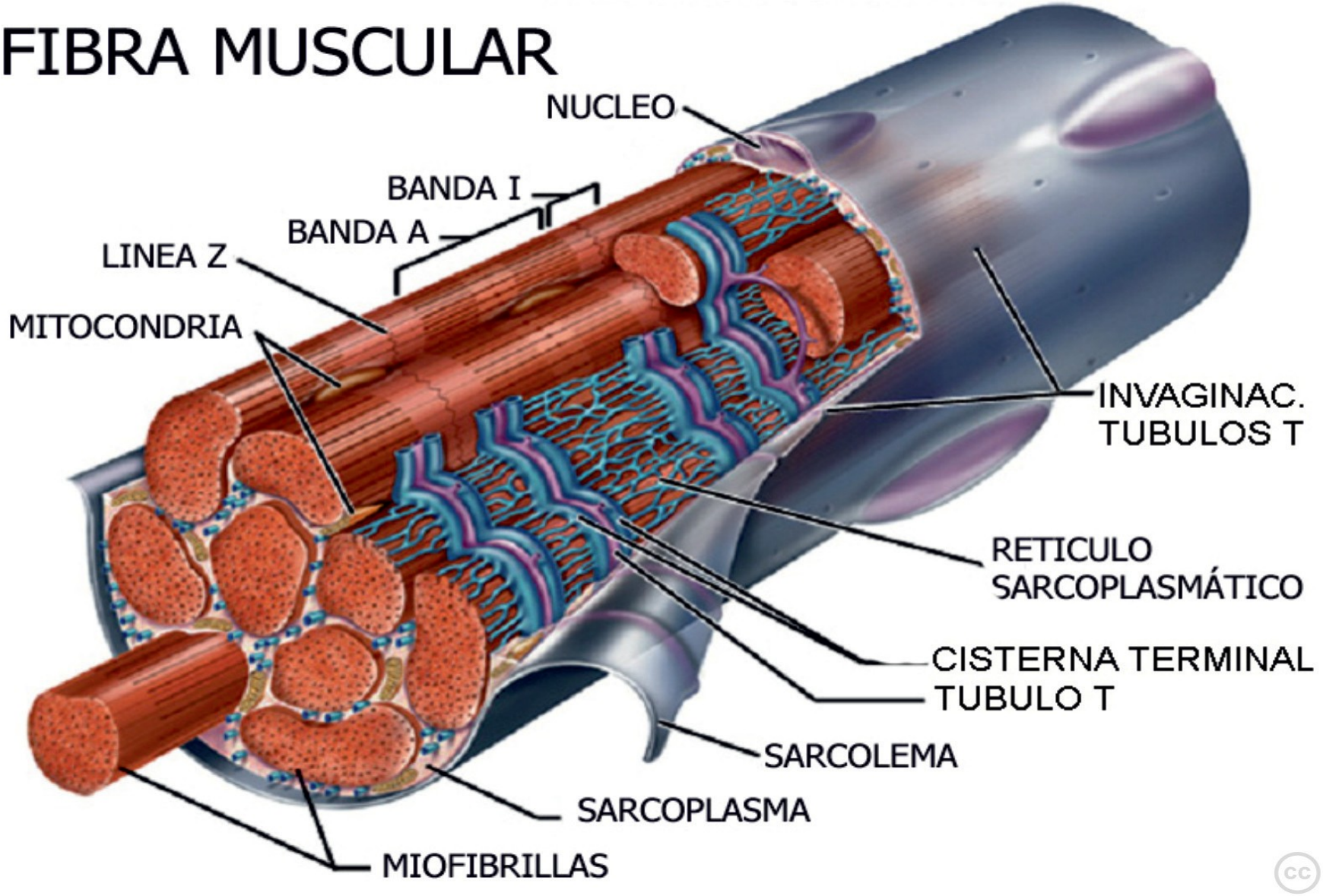
y de corta duración, debido a que se intensifica la movilización del glucógeno hepático y se incrementa el nivel de glucosa sanguínea.

1.5.9 Cambios bioquímicos en los órganos internos a causa de la actividad física sistemática

En el sistema muscular:

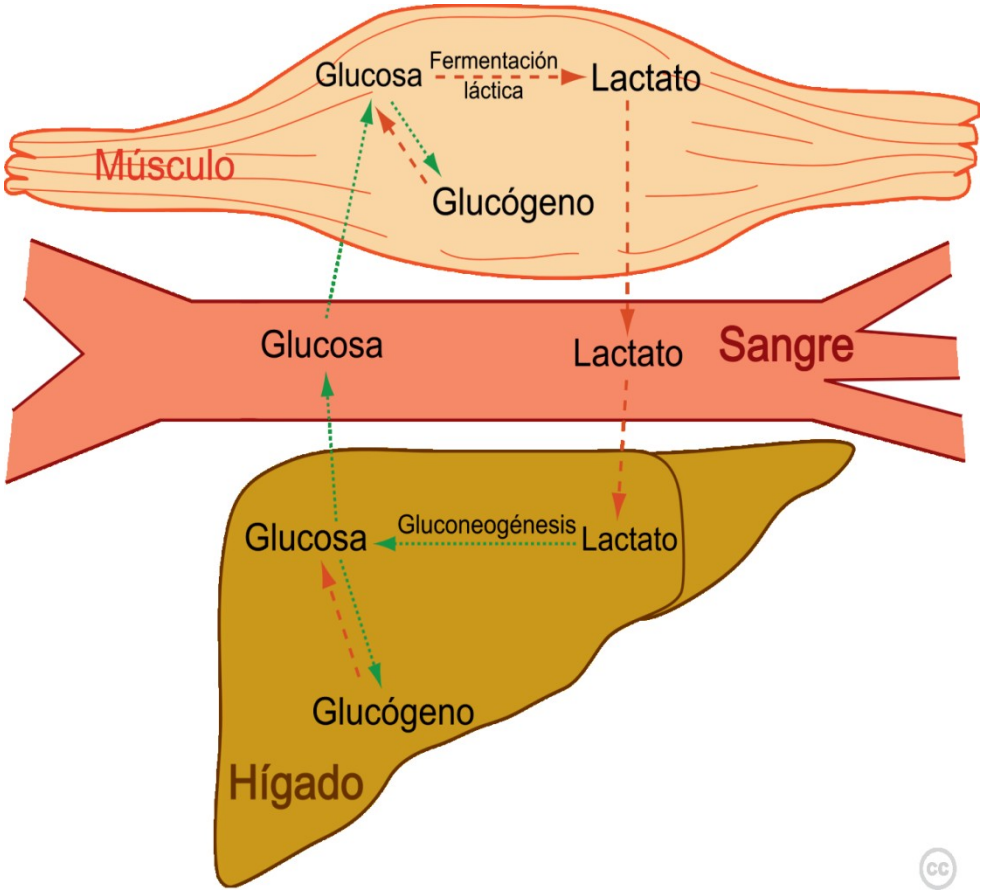
- Aumenta la masa muscular debido al incremento de las proteínas contráctiles, principalmente en respuesta a ejercicios cortos e intensos (en ejercicios largos y moderados sólo aumenta en los primeros días).
- Aumenta la actividad ATP-asa.
- Aumentan las reservas energéticas: [CrP], [Glucógeno], [ATP].
- Aumenta la actividad de las enzimas.
- Disminución del [NH3] debido a que el ADP tiende a evitar su desaminación.
- Aumento de la mioglobina.

FIBRA MUSCULAR



Fuente: amigosdeldeporte-over.blog.es

En el hígado, aumentan el glucógeno (reserva energética fundamental para el esfuerzo físico) y el ácido ascórbico (cofactor de los procesos REDOX). Este órgano incrementa sus posibilidades de recuperar las reservas energéticas; especialmente en la etapa de descanso, se favorece el restablecimiento de la glucosa mediante el ciclo de Cori.

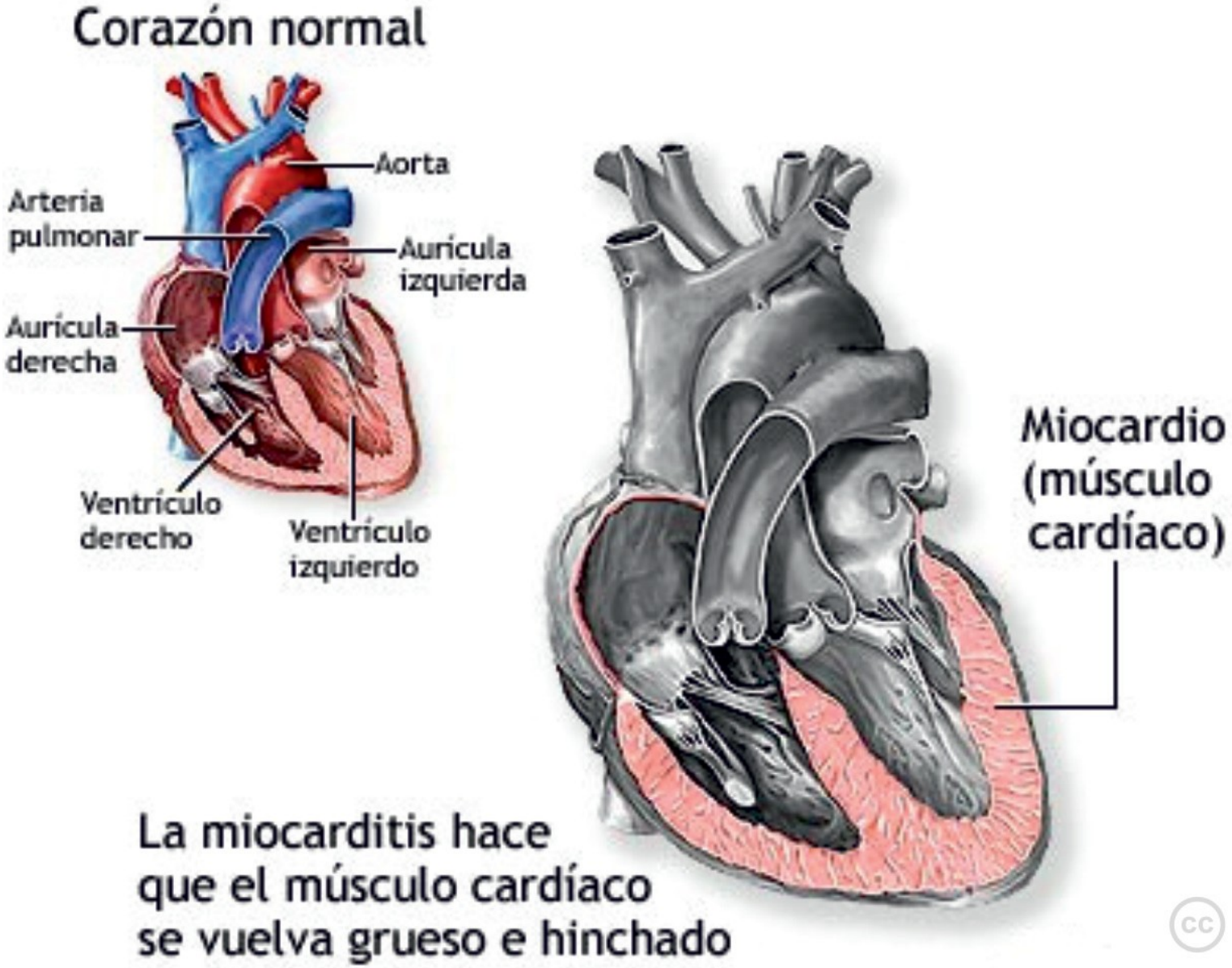


Fuente: Wikipedia.org

En el miocardio:

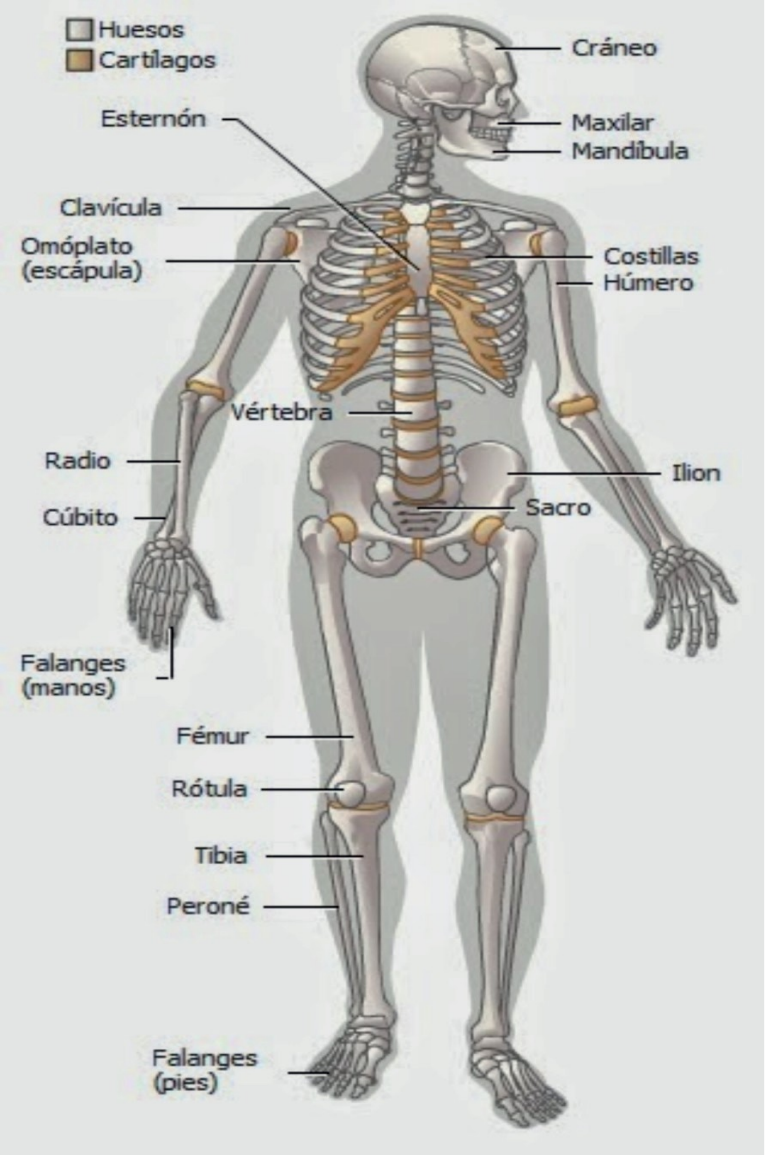
1. Aumenta el trabajo del corazón, presentando una hipertrofia cardíaca (debido al incremento en la síntesis proteica).
2. Aumenta el uso de los sustratos de oxidación: glucosa y lactato (pues se favorece el aumento de la actividad enzimática).
3. Aumento de la mioglobina (para facilitar el metabolismo aerobio durante el esfuerzo).

MIOCARDITIS



Fuente: ferato.com

En el sistema óseo aumentan la osteína y las sales de calcio y de fósforo, lo que produce su fortalecimiento.

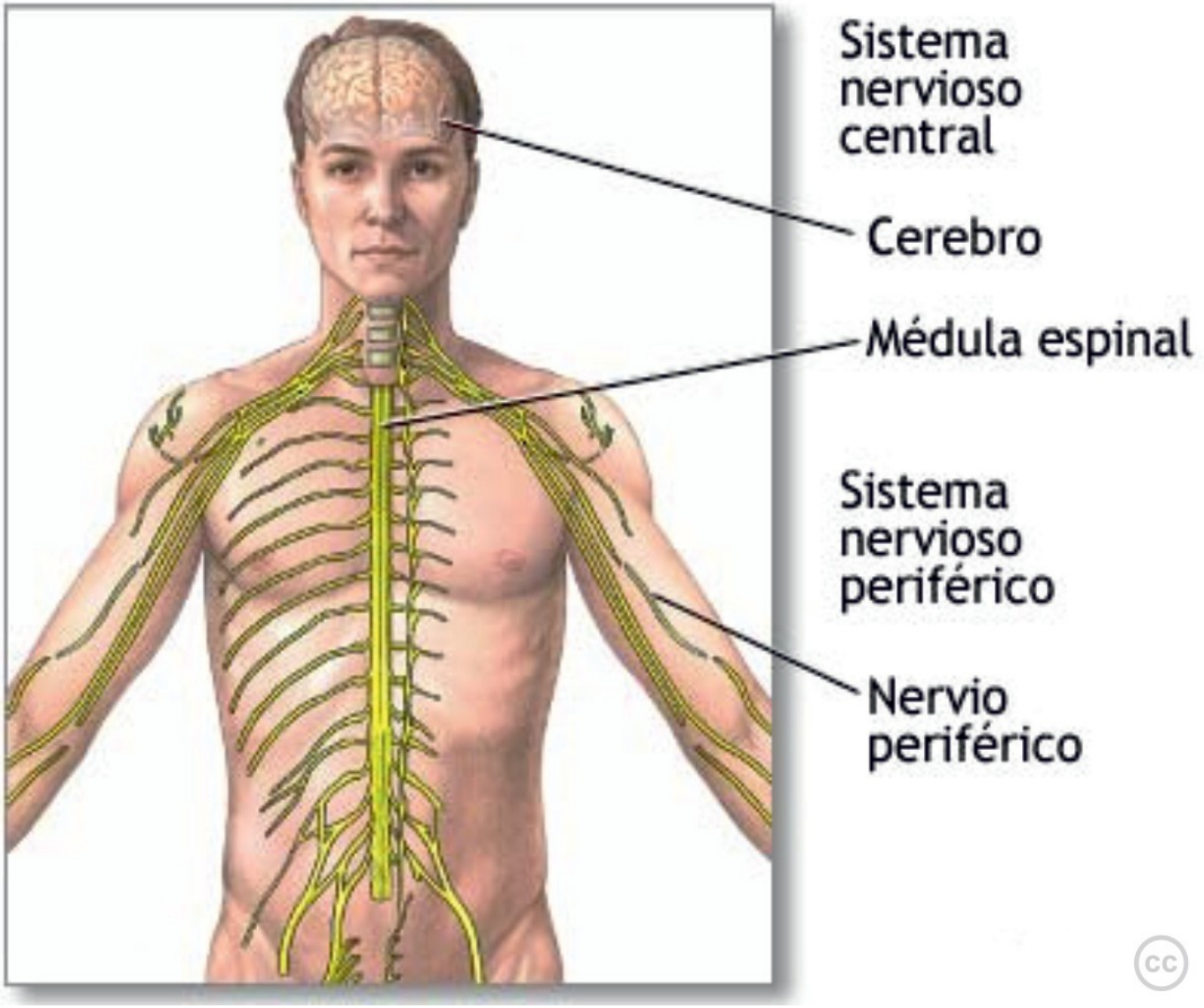


Fuente: cuerpohumanocuerpo.blogspot.com

El sistema nervioso central, responsable del control y la dirección de todas las reacciones del metabolismo en general y encargado de recibir y responder toda la información proveniente de los estímulos, se ve sustancialmente modificado desde el punto de vista bioquímico ante el entrenamiento constante. Entre las variaciones más significativas están:

1. Aumento de la actividad enzimática (tanto de sistemas REDOX como del metabolismo general).
2. Aumento de la capacidad buffer (estabilizar el equilibrio ácido-base de este tejido tan sensible).
3. Aumento de los procesos de fosforilación oxidativa (asegurar la resíntesis del ATP).

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL



Fuente: taringa.net

1.5.10 Conceptos importantes del tema

Descarga simpática masiva: se refiere al mecanismo del sistema simpático, el cual está asociado a la médula suprarrenal. Este libera hormonas adrenalina y noradrenalina que producen en el organismo respuestas a estímulos de forma activa. Por ejemplo: aceleración de la respuesta cardíaca y respiratoria.

El gasto cardíaco es la cantidad de sangre que sale del corazón en un minuto. El gasto cardíaco se ve aumentado debido al retorno venoso al corazón.

La ventilación pulmonar es el mecanismo encargado de renovar el gas alveolar, garantizando así los gradientes de presión que permiten el intercambio gaseoso.

La ventilación pulmonar se estimula antes de que los niveles de CO_2 sean grandes; esto sucede debido a la necesidad de preparar los alvéolos para el aumento de su respiración. La ventilación pulmonar se estimula por el sistema nervioso central y por la actividad física.

Los capilares son los vasos sanguinos más finos y en ellos ocurre el intercambio de sustancias. Con la actividad física, los capilares se abren propiciando la respiración, es decir, el intercambio y difusión del oxígeno a través de la membrana en los alvéolos.

El volumen respiratorio es el volumen de aire que entra y sale de los pulmones en un minuto.

El volumen pulmonar es el volumen de aire que admiten los pulmones.

La volemia es la cantidad de sangre que circula en el organismo.

La glicemia es la cantidad de glucosa presente en la sangre.

La orina es el fluido que se obtiene como resultado del proceso de ultrafiltración de la sangre a nivel glomerular.

La diuresis es el volumen de orina eliminada a través de los riñones. Esta puede variar según el tipo de carga realizada.

La densidad es la cantidad de soluto presente por unidad de volumen de orina eliminada.

El ciclo de Cori es el consorcio metabólico entre músculo e hígado para, a partir del lactato, llevar a cabo la gluconeogénesis.

El catabolismo es la parte del metabolismo que consiste en la transformación de biomoléculas complejas en moléculas sencillas y en el almacenamiento adecuado de la energía química desprendida en forma de enlaces de alta energía en moléculas de adenosín trifosfato. Las reacciones catabólicas son en su mayoría reacciones de reducción-oxidación. El catabolismo es el proceso inverso del anabolismo.

El conjunto de reacciones catabólicas es muy similar en todos los seres vivos. En primer lugar, las grandes moléculas orgánicas nutrientes (como las proteínas, polisacáridos o lípidos) son degradados a sus monómeros constituyentes, aminoácidos, monosacáridos y ácidos grasos, respectivamente, proceso que se lleva a cabo fuera de las células, en la luz del aparato digestivo, proceso conocido como digestión.

Luego, estas moléculas pequeñas son llevadas a las células y convertidas en moléculas aún más simples, como grupos acetilos que se unen covalentemente a la coenzima A para formar la acetil-coenzima A, cuyo grupo acetil es oxidado a agua y dióxido de carbono en el ciclo de Krebs, liberando energía que se retiene al reducir la coenzima nicotinamida adenina dinucleótido (NAD+) a NADH+H. El NADH y otras coenzimas son finalmente oxidadas en la cadena transportadora de electrones, proceso acoplado a la síntesis de ATP.

El anabolismo se define como el conjunto de procesos del metabolismo que tienen como resultado la síntesis de componentes celulares a partir de precursores de baja masa molecular, por lo que recibe también el nombre de biosíntesis. Es una de las dos partes en que suele dividirse el metabolismo, encargada de la síntesis de moléculas orgánicas (biomoléculas) más complejas a partir de otras más sencillas,

orgánicas o inorgánicas, con requerimiento de energía (reacciones endergónicas) y de poder reductor, al contrario que el catabolismo. Aunque anabolismo y catabolismo son dos procesos contrarios, los dos funcionan coordinada y armónicamente, y constituyen una unidad difícil de separar.

1.6 Fisiología del ejercicio

La fisiología del ejercicio es el estudio de las funciones del cuerpo humano con el propósito de describir y explicar los cambios funcionales que ocurren durante una breve sesión de ejercicio o tras un período de entrenamiento, con el fin de mejorar la respuesta fisiológica del cuerpo ante el ejercicio.
La ley física nos dice que a toda acción le sigue una reacción y la ley metafísica nos dice lo mismo: a toda causa le sigue un efecto. Nada sucede por casualidad. La palabra casualidad solo encierra la ignorancia de la ley de causa y efecto.

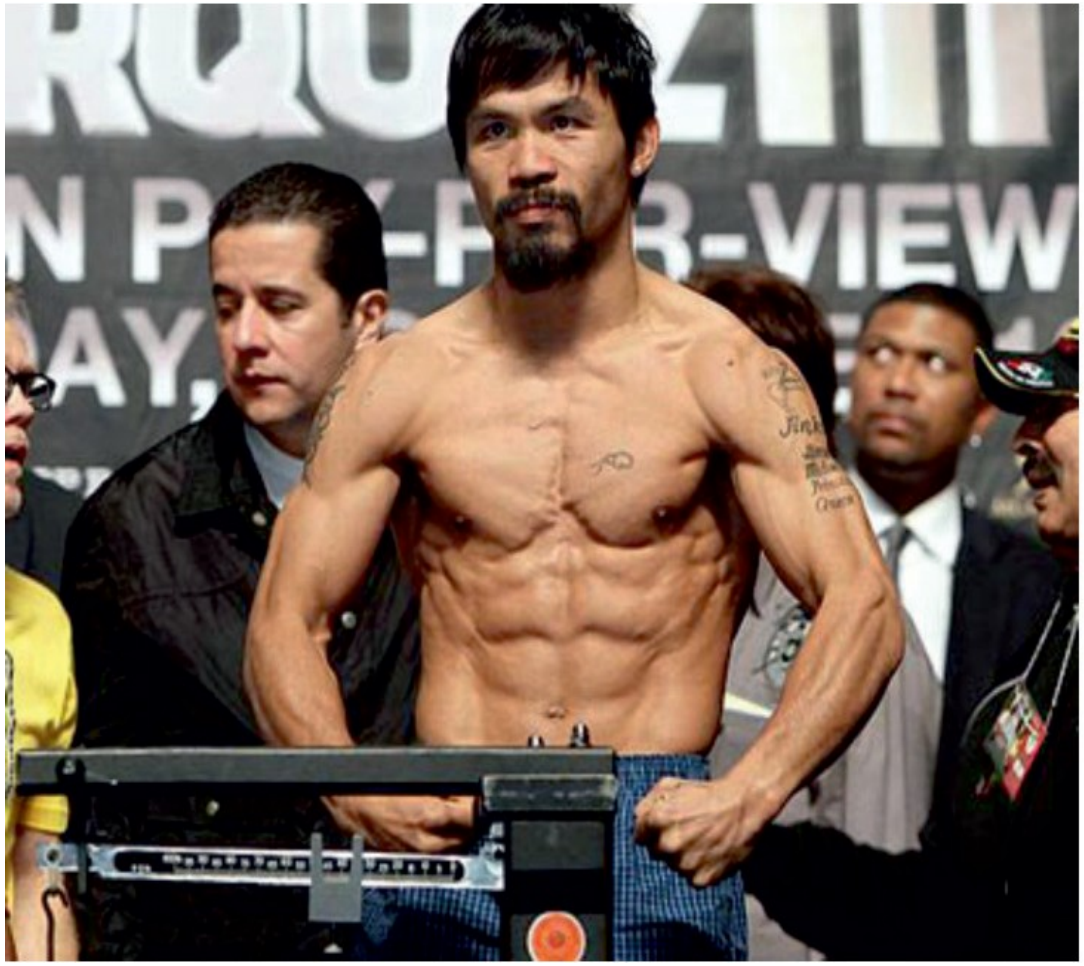
¿Qué trato de decir con esto? Pues que si observamos el resultado que produce en los individuos cierta práctica deportiva, podemos tener una idea más acertada del camino hacia donde queremos dirigirnos. Por ejemplo:

Usain Bolt, Velocista Fuente: listas.lasprovincias.es

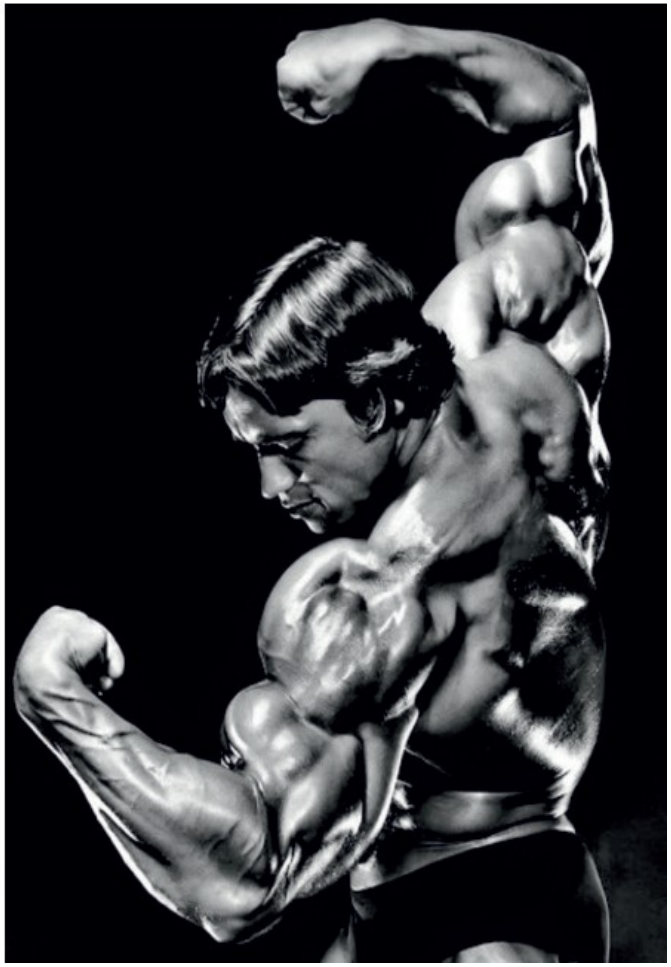
Kenenisa Bekele, Fondo Fuente: ireland.flotrack.org

Abel Kirui, Maratón Fuente: lavanguardia.com

Alexander Dale Oen, Natación Fuente: sverigesradio.se



Manny Pacquiao, Boxeo Fuente:
Culturismo Fuente:
oem.com.mx



Arnold Schwarzenegger,

ink361.com

Si nos fijamos en los diferentes tipos de deporte que se muestran y vemos los resultados, encontraremos un indicativo para saber a priori hacia dónde podemos ir; pero siempre teniendo una visión realista. Me explico: hay personas que se inscriben en un gimnasio para bajar de peso, se apuntan a musculación y dicen: “Yo no me voy a poner como los culturistas, es solo para bajar de peso y, claro, que se me note que estoy fuerte”.

Aunque esta es la respuesta más usual, he de advertir que, si te apuntas a un gimnasio y quieres bajar de peso, lo mejor es que no hagas musculación, ya que tal práctica hace que aumentemos de peso y lo que queremos o pretendemos es perder la grasa, ¿no? Aparte de esto, nunca, por el simple hecho de apuntarnos a un gimnasio, vamos a llegar a ponernos como un culturista. Creer esto es como decir: “Voy a leer un libro de música; pero yo no voy a ser músico”.

Es evidente, ¿verdad?.

La mayoría de las personas desconocen este asunto y cometen un error parecido cuando optan por la práctica de footing o carrera de medio fondo o fondo, es decir, de entre 800 - 1.000 y los 10.000 metros.

Hay personas con obesidad que deciden correr. No obstante, aunque bajan de peso y disminuyen considerablemente la cantidad de grasa y también de musculatura, reconocen, y de hecho así es, que no llegan a perder por completo la grasa abdominal; es decir, se les queda un solo abdominal o anillo de grasa que es imposible perder, de modo que llegan a frustrarse pues no entienden que, después de tanto esfuerzo y tiempo invertido, no hayan conseguido perder por completo la grasa.

La razón por la cual ocurre esto es muy sencilla y es porque el ejercicio aeróbico por sí solo no es suficiente para conseguir eliminar completamente la barriga.

La prueba ya la tenemos en la infinidad de testimonios que existen respecto a este hecho. Aunque es cierto que durante el ejercicio aeróbico se quema grasa, al finalizar la sesión, el cuerpo acumula más grasa en previsión de la próxima sesión de ejercicio aeróbico en que va a necesitarla. Es por ello que la gente que hace este tipo de ejercicio engorda en cuanto deja de hacerlo o tiene que ir incrementando el tiempo dedicado al mismo para seguir manteniendo el mismo peso.

Sin embargo, durante el ejercicio anaeróbico, no se quema grasa. Al contrario, se consumen carbohidratos (normalmente almacenado como glucógeno en los músculos), ya que el cuerpo necesita calorías rápidas, dada la elevada intensidad del ejercicio (la grasa se quema muy lentamente).

De este modo, no damos el mensaje al cuerpo de que va a necesitar grasa en un futuro y que, por tanto, debe almacenarla. Por otro lado, se incrementa la masa muscular y, en consecuencia, el metabolismo, dado que son precisamente los músculos los que utilizan más energía. Es decir, una persona con mayor masa muscular que otra gasta más calorías que la otra en estado de reposo.

El ejercicio aeróbico es antinatural (repetición del mismo movimiento sin descanso durante largo tiempo) y es un invento reciente en la historia de la humanidad. El ejercicio que realizaba el hombre primitivo era básicamente de tipo anaeróbico: carrera de alta intensidad durante un corto periodo de tiempo (por ejemplo, durante la caza o cuando eran perseguidos), seguido de periodos de descanso.

El ejercicio aeróbico puede dar lugar igualmente a patologías cardiacas y respiratorias al debilitar el corazón y los pulmones, así como a lesiones musculares por lo repetitivo de los movimientos.

El objetivo primordial del ejercicio es dejarnos cargados de energía vital, no dejarnos agotados, como ocurre con el ejercicio de larga duración.

El ***FullMetalBox®*** *recoge todos estos principios, haciéndolo el método más efectivo jamás creado en personas con sobrepeso, y sobre todo con obesidad, para la pérdida de peso.*

1.7 Prácticas deportivas semejantes al *FullMetalBox®*

1.7.1. BODYPUMPTM

Sistema de entrenamiento con barras y discos donde se realizan movimientos simples siguiendo la música seleccionada por expertos en biodinámica. Fácil y divertido, tonifica y mejora la forma física general en muy corto plazo. Es muy apropiado para aquellos que disponen de poco tiempo para practicar ejercicio con regularidad.

Para quién es adecuado: para todo tipo de personas.

Cuánto: dos sesiones a la semana de 45 minutos.

Qué cualidades se desarrollan: principalmente, la resistencia, la fuerza muscular y la coordinación.

Material necesario: pesas, step y alfombrilla. Se practica en gimnasio en grupo, con un entrenador que marca el ritmo y dirige la coreografía.

Fuente:
bodypumpworkout.com

1.7.2 BODYCOMBATTM

Este apasionante e innovador programa de entrenamiento aeróbico fue creado por Nathalie Leivas en Nueva Zelanda, en el año 2000. Tiene su origen en artes marciales como el Karate, Taekwondo, Kung Fu, Boxeo, Muay Thai, Tai Chi, etc. No obstante, hay que advertir que no es un arte marcial ni un tipo de defensa personal.

Las coreografías y los movimientos de puños y patadas son muy apropiados para trabajar todos los grupos musculares, y en especial los superiores: abdominales, brazos, hombros y espalda.

Es ideal para todo tipo de público, independientemente de su nivel y condición física.

Fuente:
albertolostinthenet.blogspot.com

Para quién es adecuado: para todo tipo de personas.

Cuánto: dos sesiones a la semana de 45 minutos.

Qué cualidades se desarrollan: principalmente, la capacidad aeróbica, la fuerza, la coordinación y la flexibilidad. También disminuye el estrés.

Material necesario: no es necesario ningún material específico. Se practica en gimnasio, en grupo, con un entrenador que dirige la coreografía.

1.7.3 BODYBALANCE TM

Revolucionario entrenamiento del cuerpo y la mente, combina los principios fundamentales del Yoga, Tai Chi y Pilates para crear un trabajo que consigue llevar al cuerpo y a la mente a.

un estado de equilibrio y armonía, reduciendo el estrés, aliviando tensiones musculares y mejorando la capacidad de concentración, además de incrementar los niveles de fuerza y flexibilidad, mejorando así el equilibrio y la postura.

1.7.4 BODYSTEPTM

Ha sido diseñado por especialistas reconocidos mundialmente para poder garantizar los máximos resultados en el menor tiempo posible, ya que combina el trabajo cardiovascular con el de resistencia y potencia muscular, utilizando la plataforma ajustable denominada step.

1.7.5 BODYATTACKTM

Entrenamiento cardiovascular inspirado en los movimientos de diferentes deportes, que no requiere niveles altos de ritmo y coordinación, clases interválicas de intensidad elevada, que

combina movimientos aeróbicos-atléticos con ejercicios de fuerza y estabilidad. La música poderosa y la dinámica de la clase inspiran a los alumnos para conseguir sus objetivos de forma rápida.

1.7.6 BODYVIVETM

Programa ideal para todas las edades, especialmente para adultos entre 40 y 60 años de edad a los que les gusta cuidarse, para los que se inician en actividades dirigidas o los que se incorporan a la práctica de ejercicios. Es una clase de bajo impacto que integra ejercicios aeróbicos de resistencia, fuerza y estabilidad corporal, movilidad articular y estiramientos.

1.7.7 BODYJAMTM

Mezcla de Funk, Groove, ritmos latinos y caribeños, Street Dance, Tecno, Hip-hop, Disco, Jazz, etc., incorporados dentro de coreografías muy fáciles de aprender.

Es una actividad que todos pueden practicar, mejora la resistencia cardiovascular y promueve el aumento de la conciencia corporal.

1.7.8 RPM®

Ciclismo interior. Desarrolla la capacidad cardiovascular con las mejores músicas y técnicas de motivación. Quienes lo practican pueden consumir hasta 900 Kcal en 60 minutos.

1.7.9 CXWORX®

Corto, preciso y meticuloso programa de entrenamiento, diseñado específicamente para tonificar y fortalecer los abdominales, glúteos, mejorar la fuerza funcional y ayudar en la prevención de lesiones.

1.7.10 TRX®

El TRX® **es muy popular en EE.UU. desde hace unos 5 años.**

Nacido en los Navy SEALS, los ejercicios con el peso corporal de Suspensión Training desarrollan la fuerza, el equilibrio, la flexibilidad y la estabilidad de la sección media de manera simultánea. Requiere el uso del TRX® **Suspension Trainer, una herramienta de entrenamiento de rendimiento,** muy práctica para transportar, que se sirve de la gravedad y del peso corporal del usuario para realizar cientos de ejercicios.

1.7.11 TAE BO®

Tae Bo es un acrónimo de Total Awareness Excellence Body Obedience (Total Conocimiento de la Excelencia de la Obediencia del Cuerpo). Sus ejercicios, combinados con música e inspirados en el boxeo, Karate y Taekwondo, fueron creados por Billy Blanks.

Billy Blanks Fuente:
sitiosespana.com

El Tae Bo no es en absoluto un arma de defensa. Por el contrario, este ejercicio persigue incrementar la eficacia cardíaca, la fuerza, la resistencia muscular y la flexibilidad, al tiempo que favorece el desarrollo mental.

Fuente:
powerclubgym.net

Para quién es adecuado: para todo tipo de personas.

Cuánto: dos sesiones a la semana de 45 minutos.

Qué cualidades se desarrollan: principalmente, la capacidad aeróbica, la fuerza, la flexibilidad y la coordinación. Disminuye el estrés.

Material necesario: no se necesita ningún material específico. Se practica en gimnasio, en grupo, con un entrenador que dirige la coreografía.

1.7.12 FITBOX® o Cardio-Boxing

El español Fabián Cuenca es el creador del sistema de entrenamiento de Fitness CardioKickBox System.

Tras ingresar en el Libro Guinness de los Récords 2004-2006 por haber pateado en 1 minuto 128 golpes a la altura de la cabeza, sin bajar la pierna, y haber realizado las primeras cien patadas en 30 segundos, creó y registró el “CardioKickBox System”, método que combina técnicas puras de artes marciales y deportes de contacto, acompañado de música.

Una de las ventajas de esta práctica es que no tiene un alto impacto, lo que favorece que no se lesionen las articulaciones de las rodillas, tobillos ni cadera. Además, es una clase muy intensa y en una sesión de 50 minutos se pueden quemar unas 700 calorías.

Fabián Cuenca Fuente:
surfacehippy.info

Para quién es adecuado: es recomendable para todo tipo de personas.

Cuánto: dos sesiones a la semana de 45 minutos.

Qué cualidades se desarrollan: principalmente, la capacidad aeróbica, la fuerza muscular general, el ritmo, la coordinación. Además, disminuye el estrés.

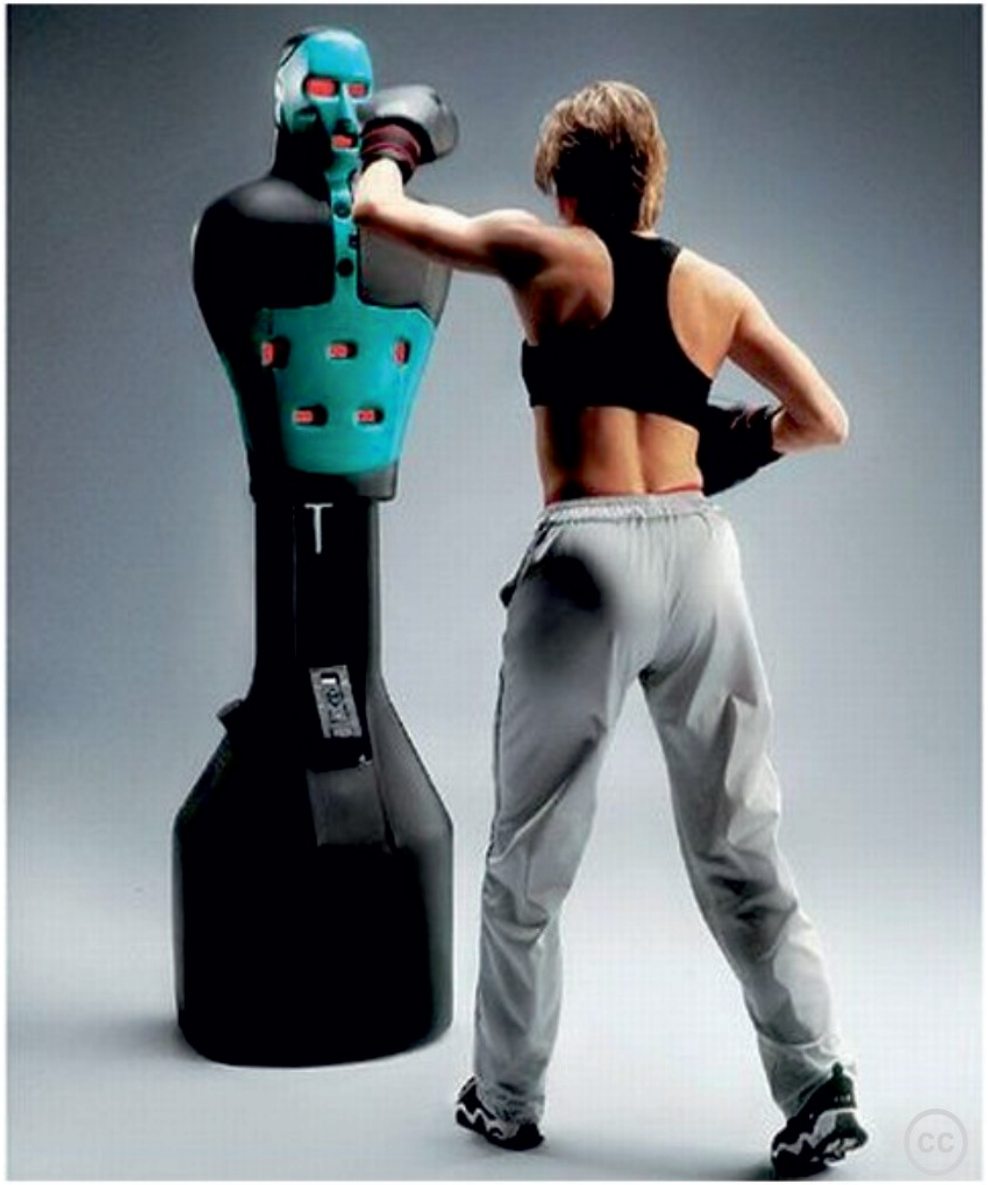
Material necesario: no es necesario ningún material, aunque a veces se emplean sacos de golpeo o similares. Se practica en gimnasio, en grupo, con un entrenador que marca el ritmo.

1.7.13 Slam Man, el saco de boxeo interactivo

Slam Man es un saco de boxeo con apariencia humana que va equipado con un ordenador.

El entrenamiento consiste en golpear los ocho LEDs que se iluminan alternativamente. Además, los sensores detectan los impactos y pueden calibrarse con tres niveles de sensibilidad para que tengamos que golpear más o menos fuerte. Dispone de cinco programas de entrenamiento, tanto aeróbicos como anaeróbicos, y el ordenador guarda el tiempo y la puntuación obtenida durante el entrenamiento.

Con el Slam Man se trabaja la resistencia, la fuerza, la coordinación y los reflejos. Por otro lado, es un buen método para combatir el estrés.



Fuente:
pjfitness.co.uk

1.7.14. El *FullMetalBox®*

El *FullMetalBox® es el sistema de entrenamiento más eficaz y novedoso para combatir la obesidad y el* sobrepeso. Forma parte de *El método de la reconducción alimenticia®. No requiere de competencias, pues su* práctica es principalmente individual, carece de técnicas y su objetivo es exclusivamente la pérdida de peso.

El *FullMetalBox® consigue en el menor tiempo de realización, y con la menor regularidad de tal* práctica, el aumento de la fuerza, la resistencia y la masa muscular.

Su secreto se basa en la conjunción de los principios de la tensión dinámica de Charles Atlas, la calistenia, la biomecánica y las leyes de Newton, en especial dos leyes: la tercera ley (principio de acción y reacción) y la ley de la gravitación universal.

Todo esto, sumado a la combinación de un tipo de ejercicio isométrico y otro de calistenia, convierte a este sistema de entrenamiento en un deporte anaeróbico y de alta intensidad.

Para quién es adecuado: es recomendable para todo tipo de personas que no presenten ninguna anomalía en la columna vertebral o dolencia de espalda severa.

Cuánto: de una a tres sesiones a la semana de 90 minutos cada una aproximadamente.

Qué cualidades se desarrollan: principalmente, la resistencia y la fuerza muscular general. Asimismo, mejora habilidades psicomotoras tales como el equilibrio, la agilidad y la coordinación, la capacidad aeróbica y anaeróbica, y disminuye a un grado superlativo el estrés, siendo aconsejable para personas con hiperactividad.

Material necesario: guantes especiales, juego de vendas, reloj de entrenamiento especial para *FullMetalBox®, juegos de pesas ergonómicas, juegos de mancuernas, un saco de golpeo y protector* bucal (opcional). Se practica principalmente en casa, de forma individual, pero también puede practicarse en gimnasio, en grupo, con un entrenador acreditado en tal práctica.

Jesús Javier Díaz Rico, creador de *FullMetalBox*®

BIBLIOGRAFÍA

Página WEB :

• Guyton y Hall, *Tratado de fisiología médica, 1998.*

• Serra Majem y Aranceta Bartrina, *Nutrición y salud pública: métodos, bases científicas y aplicaciones,* 2006.

• Serra Majem, Lluís (2006). Actividad física y salud: Estudio enkid. Elsevier, España.

• http://www.educfisica-apadef.org/recursos_maestro/programa_sec_II.pdf

• http://www.educfisica-apadef.org/recursos_maestro/educfisysaludeducbas.pdf

• http://www.odioentrenar.com/material/slam-man-el-saco-de-boxeo-interactivo

• http://www.odioentrenar.com/que-es/que-es-el-cardio-boxing

• http://www.fabianquenca.com/index1.html

BIBLIOGRAFÍA

- http://basica.sep.gob.mx/reformasecundaria/educacion_fisica/enfoque.html
- http://www.texasheartinstitute.org/hic/topics_esp/hsmart/exercis1_sp.cfm
- http://www.circulometafisico.com.ar/7leyes/2leycausa.htm
- http://www.saludmed.com/CsEjerci/FisioEje/FisioE-N.html
- http://www.dietametabolica.es/adelgazar.htm
- http://w3.lesmills.com/global/en/classes/bodypump/
- http://www.odioentrenar.com/que-es/que-es-el-bodypump
- http://www.odioentrenar.com/que-es/que-es-el-tae-bo
- http://www.odioentrenar.com/que-es/que-es-el-body-combat
- http://www.dietas.net/ejercicio/fitness/body-combat.html
- https://es.trxtraining.com/suspension-training
- **Libros:** FullMetalBox® **ISBN**: 9788416316526

TEMA 213. ANÁLISIS DEL USO DE REDES SOCIALES EN DESASTRES.

- CRISTINA BENAVIDES RODRÍGUEZ
- VANESSA CÁRDABA GARCIA
- ALBA MARIA CABAL VALLE
- JUDITH ÁLVAREZ RIESGO

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN
1.1 DEFINICIÓN Y TIPOS DE DESASTRES
1.2 DEFINICIÓN DE REDES SOCIALES
1.3 HERRAMIENTAS PARA DESASTRES EN REDES SOCIALES
2.OBJETIVOS DEL ESTUDIO:
2.1 OBJETIVO PRINCIPAL
2.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS
3.METODOLOGÍA
4.RESULTADOS
5.DISCUSIÓN
6.CONCLUSIONES
7.BIBLIOGRAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos que describe a la sociedad en la actualidad es la accesibilidad a internet. Millones de personas viven conectadas a internet en todo momento y en todo lugar, contando no solo con la posibilidad de utilizar un ordenador portátil sino también de utilizar el servicio de internet móvil a través de los famosos Smartphone, subiendo constantemente información a la nube, sobre todo con la aparición de las redes sociales donde los usuarios comparten con otros usuarios todas las actividades que realizan, así como contenidos multimedia, textos y enlaces, estando en contacto constante y con actualizaciones en tiempo real, intercambiando información y dando lugar a debates y comentarios sobre un contenido en particular[1].

La tecnología de las redes sociales ha hecho más fácil el acceso y la difusión de información de una forma rápida y sencilla. Los usuarios de internet pasan unos 101,4 minutos al día navegando por las redes sociales. La comunicación también se ha adaptado a este creciente desarrollo tecnológico. Se espera que en el año 2018 el número de usuarios sea alrededor de un tercio de la población total de la tierra[2].

La región con mayor tasa de uso de redes sociales es América del Norte, donde el 60% de la población posee al menos un perfil. Durante el año pasado el 70% de la población de Estados Unidos tuvo una cuenta activa en una de estas redes e invirtieron más de 3 horas diarias en ellas. La participación de los usuarios sigue creciendo cada año, siendo el líder de este mercado Facebook, la primera red social que superó la cifra de 1000 millones de cuentas registradas[2].

Recientemente, se ha demostrado un claro desplazamiento hacia las plataformas móviles donde los datos de 2013 apuntan a 6000 millones de subscripciones a teléfonos móviles y 2000 millones a internet móvil. Estos datos facilitan la presencia constante de Twitter en los dispositivos móviles; su uso está aumentando en el campo de la retransmisión de los eventos en directo utilizando el microblogging[3]. Las estadísticas de Twitter muestran que tanto en América del Norte como en la zona Asiática del Pacífico el 30% de la población tiene una cuenta activa. Los expertos estiman que los usuarios de la zona Asiática del Pacífico crecerán hasta el 40,1 % en 2018[2].

El uso de las redes sociales se expande a otros ámbitos y pueden convertirse en potentes herramientas a la hora de salvar vidas o alertar de desastres naturales o emergencias[4]. Una investigación realizada por la Cruz Roja y basada en más de mil encuestas realizadas a mayores de 18 años señala que el 44 % preguntaría a otros usuarios a través de redes sociales cómo contactar con las autoridades en caso de una emergencia; el 35% solicitaría ayuda directamente a la página en Facebook de los servicios de emergencias y el 28% enviaría un mensaje directo para pedir ayuda desde Twitter. El uso de esta tecnología durante situaciones desastre se está convirtiendo en una herramienta complementaria que ayuda acortando los tiempos y mejorando la eficacia de las intervenciones de emergencia[5].

Los trabajadores de respuesta humanitaria en emergencias han notado que, durante un desastre, las poblaciones afectadas utilizan el teléfono móvil o el ordenador para actualizar su estado en las redes sociales avisando así a familiares y amigos. Debido a estas razones, los organismos de ayuda están estudiando formas de incorporar las redes sociales en sus planes de respuesta en emergencias[6].

Un estudio de la cruz roja americana (American Red Cross) muestra cómo se utilizan las redes sociales en América durante la respuesta a las emergencias; aquí se muestra un resumen de los resultados:

Internet es la tercera forma más popular para la gente de reunir información de emergencia, de ellos el 18% utilizan Facebook para tal fin.

Casi un cuarto (24%) de la población general y un tercio (31%) de la población en línea utilizan los medios sociales para que sus seres queridos sepan que están a salvo;

El 80% de la población entrevistada y el 69% de la población entrevistada on-line cree que las organizaciones nacionales de emergencia de respuesta deberían monitorear las redes sociales para responder con inmediatez en caso de necesidad.

Los porcentajes que han declarado que enviarían una solicitud de ayuda a través de las redes sociales (39% encuestados en línea y 35% por vía telefónica), dijeron que esperan que la ayuda llegue en menos de una hora[7]. Las redes sociales pueden ayudar a que las comunidades afectadas por un desastre se transformen en comunicadores e intervinientes, enviando solicitudes, información sobre la situación por la que se ven afectados, mensajes, evaluación de daños y petición de ayuda.

Otro de los usos más importantes en el campo de los desastres reside en la utilización de estas redes como fuente de alerta temprana; su manejo sencillo, su llegada rápida e instantánea y su expansión a nivel mundial las convierte en una herramienta óptima para este uso. Cruz Roja, Media Luna y otras organizaciones también han visto este potencial como una nueva forma de abordar los desastres[6].

Los diferentes organismos internacionales como Naciones Unidas, la Oficina de coordinación de Asuntos Humanitarios, Cruz Roja, tienen cuentas oficiales en Twitter y Facebook donde mediante tweets y publicaciones alertan e informan sobre estos acontecimientos. Gracias al gran número de seguidores que tienen utilizan estas redes para difundir mensajes a un público más amplio.

En Filipinas, uno de los países más afectados por desastres se fomenta desde hace tiempo el uso de las redes sociales para tener información accesible y en tiempo real. Durante el tifón Bopha, conocido localmente como Pablo, se utilizó Twitter para generar mapas de evaluación y localización de personas, así como la subida masiva de imágenes para mostrar los daños ocasionados por el tifón. Se creó un Twitter especial para los hashtags #PabloPH #Storm, y una página de información que ayudó a la gente a encontrar refugios para los afectados y otro tipo de asistencia. Japón es el tercer mayor usuario de Twitter después de Estados Unidos y Brasil. En 2011 tras el gran terremoto de Japón el promedio de tweets aumentó de 3000 mensajes por minuto hasta 11000, además se crearon más de 500000 nuevas cuentas ese día. Estos tweets se predecían de un hashtag creado por un usuario japonés y retuiteado por millones de usuarios donde se incluían peticiones urgentes de asistencia.

Tras el terremoto de Haití de 2010 ocurrió algo parecido, donde los ciudadanos generaron miles de mensajes de petición de ayuda. El 92% de los filipinos han utilizado Facebook y Twitter cuando ocurre algún desastre. Los datos de investigaciones basados en el uso de redes sociales durante desastres han demostrado que los tweets generados en Twitter por los usuarios, son informativos y pertinentes entre un 8% y un 65% para la respuesta en casos de desastre.

1.1 DEFINICIÓN Y TIPOS DE DESASTRES

El concepto de desastre se define como "*Una interrupción grave del funcionamiento de una comunidad o una sociedad que causa pérdidas humanas, materiales, económicas o medioambientales, las que exceden la capacidad de la comunidad o sociedad afecta para hacer frente con sus propios recursos. Los desastres se describen a menudo como resultado de la combinación de la exposición a un peligro; las condiciones de vulnerabilidad que están presentes; y capacidad o medidas insuficientes para reducir o hacer frente a las posibles consecuencias negativas. El impacto de los desastres puede incluir la pérdida de vidas, lesiones, enfermedades y otros efectos negativos sobre el bienestar físico, mental y social humana, junto con daños a la propiedad, la destrucción de bienes, pérdida de servicios, trastornos sociales y económicos y la degradación del medio ambiente*[7]."

Los desastres se pueden clasifican en función de su origen como tres tipos básico[8]:

-Desastres Naturales, ocasionados por eventos o fenómenos naturales. Entre los que se definen cinco subtipos:

-**Meteorológicos:** Un peligro causado por la corta duración, la micro y meso-escala de clima extremo y las condiciones atmosféricas que duran desde minutos a días. (Temperaturas extremas, niebla y tormenta)

-Geofísicos: originados por tierra sólida (terremotos, volcanes y deslizamientos de tierra)

-Hidrológicos: peligro causado por la ocurrencia, el movimiento y la distribución superficial y subterránea de agua dulce y salada. (Inundación, tsunami, movimientos de tierra por acción de la misma)

-Climatológicos: Eventos causados por procesos de larga duración y media duración a gran escala (sequías, incendios forestales)
-Biológicos: un peligro causado por la exposición a organismos vivos y sustancias tóxicas y enfermedades transmitidas por vectores.
-Extraterrestres: Una amenaza producida por asteroides, meteoritos y cometas al pasar cerca de la atmósfera terrestre.

-**Desastres Tecnológicos**, relacionados con la tecnología y sustancias químicas, por ejemplo, fugas químicas, accidentes industriales, accidentes aéreos, marítimos y terrestres.

-Desastres Causados por el hombre
-Bélicos y Conflictos armados: cualquier destrucción o conflicto con uso de armas y violencia.

1.2 DEFINICIÓN DE REDES SOCIALES

Podemos definir el concepto de red social como un servicio web que permite a los usuarios crear un perfil público dentro de un sistema acotado, estableciendo una lista de otros usuarios con los que se comparte alguna conexión[1].

-Facebook se creó en la Universidad de Harvard, Estados Unidos, por Mark Zuckerberg, un joven estudiante cuya idea era simple pero revolucionaria, compartir las vivencias del día a día a través de internet. Al principio la red sólo se utilizaba de forma interna entre los alumnos de la universidad, pero con el paso del tiempo se popularizó y comenzó a ganar cada vez más adeptos gracias a su apertura a toda persona que tuviera únicamente una cuenta de correo electrónico.

-**Twitter**, el 21 de Marzo de 2006 el fundador de esta red Jack Dorsey lanzó el primer tweet a modo inaugural. Twitter es una red social de microblogging donde te puedes comunicar con otros usuarios a través de 140 caracteres (tweet).
Otro término que nació de esta red social fue el “Trending Topic” o Tema del Momento. El 30 de abril del 2009, Twitter hace oficial un cambio en su barra de búsquedas, se trataba de fomentar aquello que originaba más “ruido”, los temas que más se repetían entre el flujo de *tweets* veían como accedían a una categoría mayor, de manera que todos los usuarios podían reconocer o seguir los temas de moda en ese momento por los usuarios.
Otra de los éxitos de Twitter son los “Hashtags”, se trata de una etiqueta que utiliza el símbolo # seguida de una palabra o varias encadenadas que permite realizar un seguimiento de temas a los usuarios.

1.3 HERRAMIENTAS PARA DESASTRES EN REDES SOCIALES

-SAFETY CHECK:

El Safety Check o Estado de Comprobación de Seguridad, es una herramienta que Facebook puso en funcionamiento el 16 de Octubre de 2014. El equipo de seguridad de Facebook llevaba dos años estudiando este servicio, desde que ocurrió el gran terremoto de 2011; Según la Cruz Roja Japonesa, más de 12,5 millones de personas se vieron afectadas en todo el país, y más de 400.000 personas fueron evacuadas. Durante la crisis se evidenció cómo la gente, la tecnología y las redes sociales se utilizan para mantenerse en contacto con amigos, familia y conocidos.

El sistema de Verificación te permite:

1. Informar a tus familiares y amigos de que estás bien.

2. Comprobar cómo se encuentran otras personas en la zona afectada.

3. Indicar que tus amigos están a salvo con la opción “Confirmar que está bien”.

La herramienta se activa cuando se produce un desastre natural. Si estás en la zona afectada, recibirás una notificación de Facebook en la que te preguntarán si estás bien.

Para determinar dónde estás, se basa en la ciudad asociada a tu perfil, en la última ubicación (si usas el producto “Amigos cerca”) y en la ciudad desde la que se conecte a internet.

GOOGLE PERSON FINDER:

El buscador de personas de Google es una aplicación web que proporciona una tabla de registro y el mensaje para los supervivientes, familiares y seres queridos afectados por un desastre natural para publicar y buscar información sobre el estado y el paradero de los demás. Fue creado por los ingenieros de Google voluntarios en respuesta al terremoto de Haití de 2010.

El buscador de personas de Google se suele insertar en una página multilingüe de respuesta a la crisis en el sitio de Google, que también contiene otras herramientas para desastres tales como fotografías de satélite, ubicación de los refugios, condiciones de la carretera y la información de corte de energía[9]

2.OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL:

● Analizar del uso de las redes sociales Twitter y Facebook en diez desastres naturales.

2.3 OBJETIVOS SECUNDARIOS:

● Describir la actividad y utilidad de Facebook y Twitter durante los desastres seleccionados.
● Identificar los diferentes tipos de usos de Facebook y Twitter durante cada desastre seleccionado.
● Contabilizar el número de mensajes durante un periodo de tiempo en relación con el desastre.
● Identificar contenido multimedia de los desastres en Facebook y Twitter.
● Valorar el uso de las redes sociales en las diferentes fases del ciclo del desastre.
● Valorar la efectividad del uso de las redes sociales en los desastres.

3.METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos y estudios científicos de los últimos 5 años utilizando como palabras clave: Natural disaster, Social Networking, Facebook y Twitter.
Para la búsqueda de bibliografía relevante se ha utilizado Embase, Google Scholar y Science Direct, realizando una revisión de los artículos y estudios que se identificaban con el tema del estudio. Una vez hecha la selección se realizó una lectura crítica de todos los artículos para analizar el uso de las redes sociales en los desastres naturales.
Además, también han sido consultadas páginas web como Relief y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja.

Como fuentes de información para los datos de este trabajo fin de máster se han utilizado bases de datos de organizaciones internacionales como la “Red Interamericana de Mitigación de Desastres” y “Centre for Research on the Epidemiology of Disasters” y las propias estadísticas de Facebook y Twitter y la herramienta Twitter Binder para poder analizar las palabras clave y los hashtags en Twitter.

Para el análisis de los desastres en las redes sociales se realizó una búsqueda en la base de datos EM-DAT seleccionando para la búsqueda los desastres naturales climatológicos, geofísicos, hidrológicos y meteorológicos de los 5 continentes,

Europa, África, Asia, Oceanía y América desde el año 2011 hasta el 2015 clasificándolos por el número total de personas afectadas por el desastre e incluyendo en la búsqueda el número de muertos. El resultado de esta búsqueda fue de 1689 resultados, reducimos la lista a los 100 primeros atendiendo al número de afectados y finalmente se seleccionó 10 desastres de inicio rápido. Una vez seleccionados los desastres se realizó una revisión bibliográfica sobre cada desastre, seleccionando los artículos pertinentes que incluían estudios y datos sobre la actividad en las redes sociales durante esos desastres en concreto y una búsqueda sobre contenido relacionado con los desastres en ambas redes Facebook y Twitter.

4.RESULTADOS:

Para realizar la selección de los desastres naturales se clasificó por número de afectados totales y se obtuvo como resultado los 100 primeros desastres de los últimos 5 años.
De la lista anterior se han seleccionado para el análisis 10 desastres de inicio rápido, excluyendo sequías, de los últimos 5 años(IMAGEN 1) :

FECHA	PAÍS	TIPO DESASTRE	Nº AFECTADOS	Nº MUERTOS
1/6/2011-29/6/2011	China	Inundación	67.900.000	467
19/01/2014-20/01/2014	Filipinas	Ciclón tropical	1.148.707	79
25/04/2015-25/04/2015	Nepal	Terremoto	5.639.722	8.831
5/8/2011-4/01/2012	Tailandia	Inundación	9.500.000	813
8/11/2013-8/11/2013	Filipinas	Ciclón tropical	16.106.870	7.354
4/12/2012-4/12/2012	Filipinas	Ciclón tropical	6.246.664	1.901
07/11/2012-07/11/2012	Guatemala	Terremoto	1.321.742	44
12/10/2013-14/10/2013	India	Ciclón tropical	13.230.000	47
15/10/2013-15/10/2013	Filipinas	Terremoto	3.222.224	230
04/08/2014-03/08/2014	China	terremoto	1.120.513	731

IMAGEN 1. Muestra de 10 desastres para realizar el análisis.

De los diez desastres anteriormente analizados se han encontrado en todos ellos tweets, agrupados en Hashtags en Twitter, noticias y posts en Facebook y contenido multimedia en ambas redes (IMAGEN 2).

DESASTRES	PRESENCIA EN TWITTER	PRESENCIA EN FACEBOOK	CONTENIDO MULTIMEDIA EN TWITTER	CONTENIDO MULTIMEDIA EN FACEBOOK
Tifón Haiyan	x	x	x	x
Tifón Phailin	x	x	x	x
Tifón Rammasun	x	x	x	x
Terremoto Nepal	x	x	x	x
Tifón Bopha	x	x	x	x
Inundaciones Tailandia 2011	x	x	x	x
Terremoto China 2014	x	x	x	x
Terremoto Guatemala 2012	x	x	x	x
Terremoto Filipinas 2013	x	x	x	x
Tifón Hagupit	x	x	x	x

IMAGEN 2. Presencia de redes sociales en desastres analizados

Durante dos de los diez desastres, el terremoto de Nepal y el tifón Hagupit Facebook activó el Safety Check (IMAGEN 3)

DESASTRES	ACTIVACIÓN SAVETY CHECK
Tifón Haiyan	
Tifón Phailin	
Tifón Rammasun	
Terremoto Nepal	x
Tifón Bopha	
Inundaciones Tailandia 2011	
Terremoto China 2014	
Terremoto Guatemala 2012	
Terremoto Filipinas 2013	
Tifón Hagupit	x

IMAGEN 3. Activacion Safety check en los desastres analizados

-Durante un desastre, el terremoto de Nepal, se activó el Google Finder Person.
-Los usos que se identifican en Twitter y Facebook durante los desastres naturales son: dar información sobre el desastre y alertas, información de segunda mano, solicitud de ayuda, coordinación de ayuda, mensajes de apoyo psicológico, críticas al gobierno, conmemoración de víctimas, discusiones sobre el desastre y contactar con personas durante el desastre. Además, se han analizado las palabras clave, hashtags, el número de tweets y usuarios a través de la herramienta Twitter Binder en un periodo de 7 días en tiempo real, desde el día 22 de Junio de 2016 hasta el 28 de Junio de 2016, confirmando la presencia de los diez desastres en la actualidad en la red

5.DISCUSION

En la actualidad las redes sociales son una fuente principal de comunicación a nivel mundial, forman parte de nuestro día a día como ciudadanos, internautas, investigadores o para los servicios de emergencia. Durante los últimos años se ha demostrado que la aplicación de redes sociales es un componente integral y significativo de la respuesta a los desastres [6].

Una respuesta organizada es crucial para mitigar las pérdidas y daños. Para ello el intercambio y la coordinación de la información es un factor crítico en la gestión del desastre. El rápido y fácil uso de estas redes sociales permite el intercambio abierto de información, a través de los mensajes, chats, interacción entre usuarios o el intercambio de contenido multimedia como fotos y videos en tiempo real[10].

Este estudio pone de manifiesto que el número de usuarios de las redes sociales se incrementa cada año. Durante el 2011, la cifra global de usuarios de redes sociales fue de 1,22 billones de personas duplicándose hasta 2.22 billones en el año actual[2]. Se espera que para el año 2018 los usuarios sean más de un tercio de la población mundial. Estas cifran constatan el gran poder de esta tecnología y su gran expansión. Un estudio de la Cruz Roja Americana, elaboró un estudio en el que el 18 % de los encuestados afirma que utilizaría Facebook como buscador de información durante un desastre, el 24% utilizaría las redes sociales para mantenerse en contacto con sus familiares y amigos y el 80% afirma que se deberían monitorear las redes cuando ocurre un desastre. Además, el 39% de los encuestados solicitaría ayuda por Facebook o Twitter si se viera afectado por un desastre[11].

Durante el análisis de los desastres seleccionados se ha comprobado que en todos ellos hay presencia en Twitter y Facebook. Se han encontrado tweets con comentarios, opiniones, mensajes de cuentas oficiales de organismos internacionales, canales meteorológicos, páginas y grupos de información con contenido multimedia, en su mayoría fotos mostrando los daños ocasionados por el desastre.
El uso de Twitter durante los desastres se utiliza en primer lugar para transmitir información de segunda mano; esto tiene relación con tweets procedentes de otros usuarios, de cuentas de noticias, información de sitios web que se comparten en la plataforma, gobierno, y para seguimiento de alertas sobre el desastre. En segundo lugar, los usuarios usan esta red social para poner mensajes de conmemoración, buenos deseos y recuerdo de víctimas y por último, tweets de coordinación de ayuda que se refieren a mensajes de socorro, rescates, donaciones.

.

Facebook es la red social con mayor número de usuarios, en la cual siempre hay informaciones, noticias y grupos relacionados con los desastres. La mayor utilización de esta plataforma es para contactar con otras personas cuando ocurre un desastre, su herramienta de verificación de seguridad es realmente útil, con tan solo unos toques en el teléfono móvil podemos enviar información de vital importancia a nuestros familiares y amigos notificando si estamos en una zona afectada y si nos encontramos a salvo.

Las redes sociales han hecho más fácil el acceso y difusión de la información durante los desastres[6], lo que lleva a una mejora de la respuesta tanto en la fase de alerta temprana jugando un papel primordial como en el caso de los terremotos,

en la fase de prevención analizando la gran cantidad de datos que generan las redes para una mayor coordinación y evaluación rápida de daños, además también tienen presencia en la fase de reconstrucción y rehabilitación. En todas las fases, las redes ayudan a mejorar el conocimiento de la situación disminuyendo la vulnerabilidad, aliviando el miedo y la ansiedad y generando una expansión de la información a todas las partes del mundo y convirtiendo a los ciudadanos en participantes activos durante el evento. Se debe tener en cuenta que, a pesar del uso masivo y expansión de esta tecnología, existe una brecha digital que condena a muchas poblaciones, el 60% de la población mundial no tiene acceso a estas tecnologías coincidiendo con regiones en situación de pobreza y que son víctimas de numerosos desastres naturales cada año.

6.CONCLUSIONES:

-Las Redes sociales son herramientas útiles y esenciales para facilitar la comunicación durante los desastres y emergencias.
-Las redes sociales ayudan a mejorar los tiempos de respuesta frente al desastre.
-Los organismos internacionales y de ayuda humanitaria utilizan Facebook y Twitter durante los desastres naturales.
-Los 10 desastres naturales seleccionados para el análisis tienen presencia en Facebook y Twitter.
-Los 10 desastres naturales seleccionados para el análisis tienen contenido multimedia en Facebook y Twitter.
-Twitter es la red social más usada durante los desastres naturales seleccionados.
-El uso de Facebook y Twitter durante los desastres naturales se incrementa cada año.
-El uso del Safety Check en Facebook y el Google Finder Person facilitan la búsqueda de personas durante los desastres.

7.BIBLIOGRAFÍA

1.Boyd DM, Ellison NB. Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship.JCMC.2007.13(1):210-230
Statistics and facts about Social Networks [acceso el 2 de junio de 2016]Disponible en: http://www.statista.com
2.Takahashi, Bruno, Edson C. Tandoc, Carmichael, C. "Communicating on Twitter during a disaster: An analysis of tweets during Typhoon Haiyan in the Philippines." Computers in Human Behavior 2015. 50: 392-398.
3.L. Palen, K. M. Anderson, G. Mark, J. Martin, D. Sicker, M. Palmer, et al. A vision for technology-mediated support for public participation and assistance in mass emergencies and disasters. 2010 BCS Conference on Visions of Computer Science,. 2010. Article 8: 12.

5.Kryvasheyeu Y, Chen H, Obradovich N (2016) Rapid assessment of disaster damage using social media activity. Sci Adv 2(3):e1500779.
6.Vinck, Patrick,editor. World disasters report: Focus on technology and the future of humanitarian action. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2013.
7.United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UN_ISDR).Terminology: Basic Terms of disaster risk reduction [Consultado en 25/04/2016] Disponible en: https://www.unisdr.org/we/inform/terminology
8.The Internacional Disaster Database(EM-DAT).Classification[Consultado en 25/04/2016]Disponible en: http://www.emdat.be/classification
9.Google Person Finder. Google.[acceso el 3 de Junio de 2016] Disponible en: https://google.org/personfinder/global/home.html

10.Imran, M, Mitra,PA, Castillo,C. Twitter as a Lifeline: Human-annotated Twitter Corpora for NLP of Crisis-related Messages. LREC.2016
11.Red de la Salud. Médicos del Mundo[acceso el 2 de Junio de 2016] Disponible en: http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.conts/mem.detalle/id.1512/lang.ek
.

TEMA 214. POR UNA ASISTENCIA SANITARIA MÁS HUMANA

- MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE

ÍNDICE

Introducción.
Objetivo.
Humanizar la sanidad.
La vulnerabilidad del enfermo.
Conclusión.
Bibliografía.

Introducción:

Los celadores por nuestras funciones tienen un trato directo con el paciente y familiares , es por ello que el Celador debe desarrollar una serie de habilidades fundamentales que le permitan prestar al enfermo una atención adecuada contribuyendo a su bienestar general, tanto físico como psicológico. Todas las situaciones por la perdida de la salud pone a los pacientes en un estado de gran vulnerabilidad “significa estar susceptible a sufrir daños” ya sea por el sitio donde se encuentra, por la propia enfermedad, lidiar con el dolor, la ansiedad, la angustia, el sentimiento de pérdida, el temor de lo desconocido y tantos otros sentimientos que

acometen al paciente .Por eso es necesario que en lo que dure su enfermedad tengan un apoyo en el profesional que le está atendiendo, ya sea el médico, enfermero, auxiliar de enfermería, celador…

Objetivo:

El principal objetivo es la humanización para el personal sanitario. El concepto de humanización hace referencia al abordaje integral de la persona, donde interactúan las dimensiones biológica, psicológica, social y conductual, con lo cual el objetivo sería cumplir todas esas atenciones para el paciente y ayudar a los profesionales a cumplir las expectativas de los pacientes y familiares.

Con el enfermo hay que tener un trato mucho mas que ser amable y cortes, hay que involucrarse para darles una mejor atención y hacerle sentir apoyado en esos momentos en que su salud está mermada.

Humanizar la sanidad:

Un ejemplo es el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 que hay en la comunidad autónoma de Madrid, lo cual estaría bien llevarlo a nivel nacional e implantarlo en toda España y servir como ejemplo a otros países del mundo.

Con este plan lo que se pretende es satisfacer las expectativas y necesidades de los ciudadanos anticipando, comprendiendo y satisfaciendo sus necesidades. Esforzarse en que reciban una atención humanizada por parte de todos los profesionales que actúan en su atención. Cuando hablamos de humanización estamos haciendo referencia al proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano. La palabra humano representa la cualidad consciente y deliberada que tienen las personas de ser empáticas,

solidarias, afectivas, comunicativas, amorosas, sociales, racionales y relacionales. Dejando de lado otros sentimientos como la envidia, el odio, la ira que seria contrario a este termino.

La humanización de la asistencia sanitaria consiste en dar valor a la dignidad e individualidad de cada persona prestando una asistencia personalizada ; atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales tanto de los pacientes , familiares o acompañantes.

Son los profesionales que los atienden, verdaderos agentes de humanización, a los que es preciso cuidar, favoreciendo una comunicación adecuada, fomentando su participación, reconociendo esfuerzos y logros, promocionando la formación y capacitación; en definitiva, poniendo en valor la profesionalización y vocación.

Actualmente contamos con numerosos estudios en los que se observa cómo el trato humano recibido por parte del personal sanitario, destacándose la empatía, la información transmitida de forma comprensible y el tiempo que dedica en profesional a la relación personal con la persona a la que atiende, así como la posibilidad de ésta para expresarse, son los principales factores que influyen en la satisfacción con la atención recibida , así como el hecho de que se tengan en cuenta los intereses y las expectativas de la persona.

Otros estudios demuestran que para los receptores de los cuidados "la voluntad de escuchar y explicar" es uno de los atributos esenciales que debe poseer un profesional de la salud. Por tanto, de poco servirá que seamos muy hábiles en el desarrollo de determinadas técnicas si después somos incapaces de establecer una comunicación efectiva.

La vivencia ante una situación concreta de salud o enfermedad es única para cada persona, por lo que siempre deberemos tener en cuenta sus creencias, valores y costumbres. El cuidado implica respeto y comprensión por el otro y esto puede conseguirse, en parte, a través de la empatía y la escucha activa. Al escuchar transmitimos al otro nuestra disponibilidad, siempre y cuando lo hagamos en el sentido de escuchar para comprender y no para responder. Escuchar implica prestar atención y demostrar que se hace. La empatía nos permite ponernos en el lugar del otro con la finalidad de comprender los sentimientos y situaciones de esta persona. Todos estos aspectos deberíamos interiorizarlos e incorporarlos a nuestro que hacer diario ya que considero que constituyen una parte importante e inseparable de ésta, y por tanto deberían ponerse en práctica desde el primer momento en el que entramos en contacto con la persona.

En primer lugar, es fundamental que la acogida sea cordial. Sonriendo y mirando con atención a la persona que estamos recibiendo y referirnos a ella por su nombre, empleando lo que llamamos marcadores de cordialidad. A lo largo del proceso de acogida emplearemos también las calidades de superficie, que son entre otras: la calidez, el respeto y la cordialidad, además de las calidades profundas que serían la empatía, la contención emocional y la asertividad.

Otro aspecto importante es transmitir a la persona que le estamos dedicando nuestra atención. Esto lo conseguiremos mirándole a la cara, colocándonos frente a ella, asintiendo con la cabeza. Todo esto contribuirá a crear un clima en el que se encuentre a gusto para expresar de forma espontánea todo lo que considere importante desde su punto de vista, ya que sólo así podremos tener un conocimiento completo de la otra persona, ganándonos su confianza y respeto, y consiguiendo que colabore y se sienta implicado en el cuidado.

Para ello es importante controlar tanto las interferencias físicas como el ruido o las interrupciones psicológicas, como las distracciones y preocupaciones por parte nuestra, así como las interferencias actitudinales, resaltando los prejuicios, estereotipos negativos, etc. que actuarían como barrera. Otra barrera a eliminar sería el empleo de términos ininteligibles por parte del receptor, ya que nuestra función no consiste en impresionar con nuestra verborrea técnica a los demás. Si lo que realmente nos interesa es llegar a la persona que estamos atendiendo, nuestros esfuerzos deberían ir encaminados a hacernos entender, y esto lo conseguiremos acercándonos a la realidad del otro, poniendo en común y encontrando la manera de vincularnos, ya que en definitiva, eso es la comunicación. La incorporación de todos estos recursos a nuestra práctica diaria conllevaría múltiples beneficios,

y no únicamente para los usuarios, sino también para nosotros, no sólo como profesionales de la salud sino también como personas. Entre ellos destacaría la importancia que puede tener el empleo de los recursos comentados a la hora de dar unos cuidados de calidad y dirigidos a las necesidades reales de cada persona. El manejo de estos recursos requiere de formación y entrenamiento previos, sin embargo algunos son sencillos de emplear, incluso diría que su utilización es de sentido común, como es el caso de las técnicas comentadas para acoger a una persona. Si realmente esto es así ¿por qué gran parte de los profesionales sanitarios no lo interiorizan en su práctica diaria? Es como si el ponernos el uniforme nos transformara, sirviéndonos de coraza o armadura para que nada nos pueda afectar. Esta actitud sólo puede derivar en apatía y la insatisfacción laboral y va en perjuicio del paciente que se siente insatisfecho.

El personal de salud está ahora impulsado a reforzar sus habilidades como comunicadores, defensores de los pacientes, de sus derechos y conciliadores entre los sistemas y sus expectativas. Es un deber del personal de salud recolectar esta información, protegerla, considerarla y resolverla para tener un conocimiento más cercano a esas necesidades y expectativas de los pacientes, mejorar la gestión de los servicios de salud con un verdadero enfoque hacia el usuario.

Al incorporar las perspectivas de los pacientes y los proveedores o profesionales en las iniciativas de mejorar la calidad de la atención clínica

se hace necesario, una política de los derechos cuyos valores deben llamar la atención de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud donde la persona es el centro alrededor del cual girarán todos los procesos, estructuras y acciones, tanto de la organización como del.

personal sanitario y asistencial, una política que imparta una educación sanitario-preventiva y previsiva del paciente que debe ser tan importante como la propia asistencia, así como el grado de confianza que recibe el paciente del tratamiento terapéutico respectivo .El trato interpersonal entre el promotor de la salud y su paciente, será algún día, un verdadero asunto de salud pública, precisamente porque los profesionales de la salud cada día deben tener actualizados algo más que sus conocimientos científicos, algo que vaya más allá del fármaco, la radiografía o la prueba de laboratorio.

Es preciso despertar una conciencia humanista en el ámbito de la atención clínica en salud, haciéndose necesario darles de nuevo el carácter humanizante a los derechos del paciente, siendo, por ejemplo, la ética una herramienta crucial para lograrlo.

Afirmar que ya no hay pacientes al servicio de la producción de los servicios de salud, sino que la producción de los servicios de salud, están al servicio de los pacientes, significa ponerlos a ellos en el centro mismo del proceso de la calidad humana para devolverle su dignidad

La vulnerabilidad del enfermo

La fragilidad de las personas que se ven abocadas a una estancia hospitalaria, les hace más vulnerables y, en ocasiones, ven cómo sus derechos no son respetados como se debería. "La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión.

En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones"Toda esta legislación viene a reconocer los derechos de los pacientes, discerniendo entre los derechos sociales y los derechos individuales de los pacientes. Los primeros hacen referencia a la diversidad de servicios disponibles, igualdad de acceso a la asistencia y a la no discriminación por razones económicas, sociales, culturales, morales, económicas, ideológicas, políticas o religiosas.

Los segundos individuales, tienen en consideración cuestiones relativas a la integridad y dignidad de la persona y su intimidad.
Los pacientes en el medio hospitalario se encuentran en una situación de vulnerabilidad en la que repetidamente ven perjudicados sus derechos sin que el propio personal sanitario sea consciente de que lo está haciendo. Una forma para apreciar la significación de un concepto ético es imaginar las implicaciones de su ausencia. La práctica clínica ha de ser especialmente sensible a estas vulneraciones.

CONCLUSIÓN:

Es posible recuperar la dignidad humana a partir de concentrar todos nuestros esfuerzos en la persona del paciente y no en su exterior; si todo paciente le asiste el derecho a: disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar y el pronóstico y riesgo que dicho tratamiento conlleve ; entonces, hablar de humanización en la calidad de la atención clínica, no es otra cosa que poner los medios suficientes para que los recursos humanos mejoren su competencia se realicen y desarrollen personalmente, alcanzando los objetivos, que no son otros que dar calidad al servicio sanitario, mejorando la salud de la población, y aumentando la satisfacción tanto del trabajador como del usuario.

El derecho a la salud se constituye en un reto para la humanidad, pero lo es aún más cuando con quien se está interactuando es con singularidades, por eso la salud es el resultado de los cuidados propios y hacia los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, de asegurar de que los derechos del enfermo, deben ir a la par de la calidad, de la satisfacción de las necesidades del usuario y la satisfacción de qué tan bien educados e informados estén los pacientes y promotores de la salud a la hora de salvaguardar el bienestar y calidad de vida de la población, que no busca otra cosa que el de fomentar un alto nivel de excelencia del personal de salud, de un compromiso institucional de ese personal en el trato con el paciente y su familia con la seguridad de que todo aquel que llegue a un centro de salud, se lleve consigo una sensación agradable de querer volver.

El simple echo de tener la falta de salud y necesitar asistencia sanitaria hace que la persona se encuentre en una situación vulnerable, también hay grupos de personas mucho más vulnerables que otras como por ejemplo la tercera edad, los niños, personas discapacitadas, etc…

Habría también que clasificar la vulnabirilidad por el tipo de enfermedad destacando las oncológicas como de las mas criticas para los pacientes, donde es necesario recibir todo el apoyo del personal sanitario y de ahí la importancia de la humanización del personal sanitario.

Está demostrado que una buena atención hace que el enfermo se sienta mejor y un buen estado de ánimo es crucial a la hora de enfrentarse a la perdida de salud y para conseguir la recuperación de una forma mucho más motivadora.

BIBLIOGRAFÍA:

Archivo web: file:///C:/Users/User/Downloads/1celj.pdf
Curso: “Comunicación, trato al usuario e imagen del hospital”. Hospital General de Especialidades “Ciudad de Jaén”. 9-18 de diciembre de 1997.Jaén.
Articulo: Index Enferm vol.23 no.4 Granada oct./dic. 2014 http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009
Página web: Constitución española, 1978. [En línea] [fecha de acceso: 9 de diciembre de 2013]. URL disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html

https://www.greenfacts.org/es/glosario/tuv/vulnerabilidad-en-ciencias-de-la-salud.htm

TEMA 215. PREVENCIÓN CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO.

PAULA ARIAS BRUZOS
NOELIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. PREVENCIÓN PRIMARIA
3. PREVENCIÓN SECUNDARIA
4. POBLACIÓN DIANA
5. CRIBADO
6. CONCLUSIONES

1.INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello de útero o cáncer de cérvix es el segundo cáncer más frecuente y prácticamente todos los casos se relacionan con una infección previa por el virus del papiloma humano VPH

La incidencias y la mortalidad por cáncer de cuello de útero es baja y ha ido disminuyendo en los últimos 10 años

La infección por el VPH de alto riesgo oncogénico se considera causa necesaria pero no suficiente de cáncer de cuello uterino, existen otros factores de riesgo adicionales, como son: la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales, compañero sexual con historia de promiscuidad, alta paridad, otras enfermedades de transmisión (clamidia), uso a largo plazo de anticonceptivos orales, inmunodepresión o tabaquismo.

2.PREVENCIÓN PRIMARIA

El objetivo de la prevención primaria del cáncer de cérvix es evitar el contagio y la infección por VPH con un abordaje similar al de otras ITS, sobre todo si tenemos en cuenta que la infección por VPH es la ITS más frecuente

Existen tres pilares fundamentales:

- Información y educación para la salud: Dado que el contagio del a enfermedad se produce a través de unas pautas de conducta, es necesario proporcionar información a la población una adecuada información sobre la causa de la enfermedad, mecanismo de transmisión y control de la misma . Esta información debe incluir a hombres ya que con frecuencia el reservorio y principal fuente de contagio es el hombre infectado
- Métodos barrera: El uso del preservativo en las realaciones sexuales es la principal medida general de prevención.

- La vacunación: En el calendario de vacunaciones infantiles , la vacunación frente al VPH se administra a niñas de 13 años, adelantándose en comunidades a las 10 años, aplicándose con una pauta de tres dosis

3.PREVENCIÓN SECUNDARIA

Se pueden considerar tres niveles estratégicos:

1. El diagnóstico de lesiones precoces en población general mediante el cribado.
2. La confirmación y vigilancia de los casos dudosos y LSIL procedentes del cribado
3. La confirmación y tratamiento de los casos diagnosticados como HSIL y cáncer in situ.

El cribado es el método por el cual se seleccionan aquellas personas a las que puede beneficiarse el tratamiento precoz, que es propiamente la intervención preventiva. Se basa en la utilización de pruebas que permitan clasificar a las personas objeto de la intervención en afectadas o al menos sospechosas de estarlo y no afectadas, de manera que tales pruebas deben ser válidas , reproducibles y aceptables además de especialmente seguras

4.POBLACIÓN DIANA

Se recomienda que realicen pruebas de detección precoz a todas las mujeres con edades comprendidas entre los 25-65 años, que son o han sido sexualmente activas y que tienen cuello uterino.

Las mujeres menores de 25 años que mantienen relaciones sexuales desde hace más de tres años y las mujeres mayores de 65 años que nunca han realizado una citología cervical, también se incluyen en la población diana.

No se recomienda la realización de pruebas de detección precoz de cáncer de cuello de útero a mujeres que no tienen

5.CRIBADO

Se recomienda el cribado sistemático a mujeres incluidas en la población diana qe son o han sido sexualmente activa y tienen cuello uterino

Mujeres de 25-65 años: citología cervical, test papanicolaou , con una periocidad anual en las dos primera tomas y si estas son negativas, continuar cada tres años

Mujeres menores de 25 años con más de tres años de relaciones sexuales: test papanicolaou con una periocidad anual en las dos priemras tomas y si estas son negativas, posteriormente cada tres años

Mujeres con riesgo elevado de desarrollar cáncer de cuello de útero: mujeres VIH positivas, inmunodeprimidas, otras infecciones de transmisión sexual, colectivos de riesgo (prostitutas, exclusión social…) la periocidad de la citología será anual.

6.CONCLUSIÓN

El cáncer de cérvix es uno de los más importantes problemas de salud en el mundo. Es el segundo más frecuente en las mujeres a nivel mundial. El cribado de mujeres sanas mediante citología cervical ha demostrado claramente su eficacia, puesto que su aplicación de forma adecuada y sistemática en determinados países ha conseguido reducir en un 70-80% la incidencia y mortalidad .Este beneficio se debe a la detección de lesiones premalignas asintomáticas cuyo diagnóstico y tratamiento evita su progresión a carcinoma invasor.

7.BIBLIOGRAFÍA

- https://medlineplus.gov/spanish/cervicalcancer.html
- Philip J.Disaia, William T. Creasman, Robert S. Mannel Oncología ginecológica clínica, 9º edición Elsevier 2002.
- https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cervix/evolucion-cancer-cervix
- Castellsagué X, Albero G, Martí D, Plà MJ, Fernández P, Bellovi C, et al. Prevención primaria: vacunas frente al virus del papiloma human (VHP) para la prevención del cáncer de cuello uterino. En: de San- josé S, García, editores. Virus del Papiloma Humano y Cáncer: Epidemiología y prevención. Madrid: Sociedad Española de Epidemiología; 2006. p. 107-30.
- Cortés J.: Estrategias de cribado del cancer de cuello uterino. Prog Obstet Ginecol 2005; 48 Supl 1: 228 – 30

TEMA 216. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

- SILVIA MEANA GÓMEZ
- BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS
- ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS

ÍNDICE

1. ¿QUÉ ES LA PRL? ¿QUÉ ES EL RIESGO LABORAL?
2. LEGISLACIÓN
3. PRL DEL CELADOR

1. ¿QUÉ ES LA PRL? ¿QUÉ ES EL RIESGO LABORAL?

La prevención de riesgos laborales es la disciplina que busca promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo, mediante la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para prevenir los riesgos derivados de las condiciones del trabajo, teniendo como herramienta fundamental la evaluación de riesgos desarrollada en cada empresa por técnicos especialistas en Prevención de Riesgos Laborales.

Un riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo, considerándose daños derivados del trabajo las enfermedades, patologías o lesiones sufridas consecuencia del trabajo.

2. LEGISLACIÓN

La norma marco referencia es la Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de 1995, de Prevención de Riesgos Laborales. Permite que las empresas organicen la PRL en las distintas modalidades de organización preventiva. Desde que entró en vigor, se han sancionado Reales Decretos y cambios orgánicos que han modificado ciertas partes del cuerpo de 1995. El último cambio se produjo Orden del Ministerio de Empleo y Seguridad Social en 2015 y modificaba un Real Decreto emitido en 2010.

En dicha ley se recogen los derechos y deberes de empresarios y trabajadores, así como el campo de actuación de los organismos ahí mencionados. También recoge, junto al Real Decreto de Servicios de Prevención, la forma en la que se deben evaluar los riesgos laborales.

3. PRL DEL CELADOR

a. Riesgos: Caída al mismo nivel, caída a distinto nivel, sobreesfuerzos, choques contra objetos inmóviles, choques contra objetos móviles, atrapamientos por o entre objetos, exposición a contaminantes biológicos.
b. Medidas preventivas: Utilización de medios mecánicos y/o auxiliares para la manipulación y/o transporte de cargas, solicitar ayuda de otro compañero siempre que sea necesario, evitar doblar la espalda y adoptar posturas forzadas efectuando cambios periódicos y paradas breves, transporte de muestras biológicas en soportes adecuados destinados para tal fin, acogerse a campañas de inmunización establecidas para el personal sometido a riesgo, evitar las prisas durante el manejo de las sillas de ruedas, camillas, etc., con el fin de evitar los golpes y atrapamientos, utilizar técnica correcta para movilización de enfermos y manipulación manual de cargas.

BIBLIOGRAFÍA

Osalan.euskadi.eus [actualizado 28 Jun. 2019; citado 4 Sept. 2019]. Disponible en: https://www.osalan.euskadi.eus/a-quien-nos-dirigimos/-/que-es-la-prevencion-de-riesgos-laborales/

Prevención-riesgoslaborales.com [citado 4 Sept. 2019]. Disponible en: https://prevencion-riesgoslaborales.com/

Auxiliar-enfermería.com [citado 4 de Sept. 2019]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/riesgos_celadores.htm

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

ÍNDICE

1. Resumen
2. Introducción
3. Justificación
4. Programa de educación y seguimiento a pacientes con nueva situación de dependencia, tras haber sufrido un ictus.
5. Conclusiones del programa
6. Bibliografía

1. RESUMEN

Las enfermedades cerebrovasculares, constituyen un grave problema de salud pública y una pesada carga sociosanitaria en los países industrializados. Representan una de las principales causas de mortalidad e incapacidad en la edad adulta. Aproximadamente el 50% de los supervivientes de un ictus tiene un grado de incapacidad, de los que casi un 20% van a requerir una hospitalización definitiva.

Para llevar a cabo un correcto plan rehabilitador es imprescindible la integración de los cuidados necesarios por parte de un equipo multidisciplinar y la continuidad de los mismos.

Con este trabajo presentamos la incorporación de la enfermera de enlace en el servicio de neurología. La cual llevará a cabo un programa de educación y seguimiento para pacientes que han sufrido un ictus y sus familiares, asegurando de este modo la continuidad asistencial.

2. INTRODUCCIÓN

- Las **enfermedades cerebrovasculares (ECV);**
  grave problema de salud pública
  pesada carga sociosanitaria

- Aproximadamente el **45- 50%** de los supervivientes de un ictus tiene un **grado de incapacidad**.

- Máximo grado de autonomía; se depende de un correcto **plan rehabilitador y educación.**

3. JUSTIFICACIÓN

3.1 Epidemiología

3.2 Coste Económico

3.3 Enfermedad incapacitante

3.1 Cambios socio-sanitarios.

3.1 Justificación epidemiológica

- Epidemiología de las Enfermedades Cerebro Vasculares (ECV) .Incidencia en España **150 a 200 casos por 100.000** habitantes año.

- Proceso médico que **más estancias hospitalarias, invalidez y mortalidad** causa.

- Representa la **segunda causa de muerte en España**

Comunidad Foral de Navarra

- Incidencia de **185,4 casos por 100.000** habitantes año (1200 pacientes año)

- **Unidad de Ictus del CHN**:
  - **> 800 ingresos anuales** (73% ingresos Neurología)
  - Edad media 73 años (71 hombres, 76 mujeres)
  - 86% isquémicos, 14% hemorrágicos
  - Estancia media **ingreso 8 días**
  - 5º causa de ingreso con mayor tasa de ingreso

- Navarra tasas más altas de persona con **daño cerebral** por ictus **9,2 por 1.000**, frente **7,3 por 1.000** media nacional.

Memoria 2014, Servicio Navarro de Salud

3.2 Coste Económico

- **COSTE MEDIO SOCIAL TAFALLA 1999-2003**
  - 1º año de 5.759´5 €
  - 2º año 3.596´6 €
  - 3º año 4.671´3 €

  - Hervás-Angulo A et al. Rev Neurol 2006; 43 (9): 518-525

3.3 Enfermedad Incapacitante.

- **45%** supervivientes en la fase aguda, serán **total o parcialmente dependientes** a los 6 meses. Se reduce al **33%** transcurrido el primer año y se mantiene sin cambios en los **5 años siguientes**.

- **Gran variedad de limitaciones**:
  - Déficit motores y alteraciones sensitivas
  - Alteraciones visuales
  - Alteraciones del lenguaje
  - Disfagias
  - Alteraciones en los patrones de eliminación
  - Alteraciones cognitiva y del humor

Repercusiones sobre las ABVD:
Asearse, vestirse, alimentarse desplazarse, etc.

3.3 Cambios Socio- sanitarios

- Patrón Epidemiológico

- Enfermedades Crónicos
- Dependencia
- INTEGRACIÓN de cuidados

- Procesos Agudos
- Fragmentación recursos
- NO sostenible

- Sistema Sanitario

Futuro del Sistema Sanitario

- Ofrecer una **atención integrada** y una **continuidad en los cuidados** entre los niveles asistenciales

- **"Estrategia Navarra de atención integrada a los enfermos crónicos y pluripatológicos"**

    - **Modelo organizativo**: crear nuevos perfiles profesionales adecuando sus funciones y responsabilidades.

- Creación de nuevos perfiles profesionales: **Enfermera de Enlace**, modelo Gestión Por Casos

"Proceso de **colaboración** mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordina, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para **satisfacer las necesidades** de salud de una persona, **articulando la comunicación y recursos** disponibles para promover resultado de **calidad y coste-efectivos**"

Sociedad Americana de Gestión de Casos

4. PROGRAMA DE EDUCACIÓN Y SEGUIMIENTO A PACIENTES CON NUEVA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA TRAS HABER SUFRIDO UN ICTUS

4.1 - Lugar de Implantación

4.2- Objetivos

4.3- Desarrollo

4.4- Puesta en marcha.

4.5- Evaluación

4.6- Estimación económica

4.7- Conclusiones del programa

4.1 Lugar de implantación

Servicio de Neurología del CHN

- Equipo multidisciplinar; neurólogos, enfermeras, técnicos auxiliares de enfermería, celadores, trabajadores sociales y secretaria.
- Equipo de apoyo; rehabilitación, nutrición, cardiología.
- **Unidad de Ictus**, centro de referencia CFN
- Ingreso largo, **no existe un programa educativo** bien definido, si consejo sanitario.

4.2 Objetivos

- Establecer un **programa de educación para pacientes y familiares** que han sufrido un cambio radical en su vida, que será llevado a cabo por la enfermera de enlace del servicio de neurología.

- De esta forma **asegurando** un **cuidado continuo e integrado**, no solo durante la hospitalización sino una vez terminada su estancia hospitalaria.

Objetivos específicos

- Definir la población diana
- Incorporar una enfermera de enlace
- Definir las actividades de la enfermera de enlace
- Puesta en marcha del programa
- Establecer sistemas de evaluación

4.3 Desarrollo

- **Población Diana:** pacientes que tras sufrir un ictus, presenten secuelas incapacitantes
- **Enfermera de Enlace:**
  - Experiencia clínica en neurología, demostrar sus competencias educativas, su capacidad de liderazgo y gestión
  - Buena disposición para el trabajo en equipo.
  - Ubicada en la planta de neurología
  - Horario partido de lunes a viernes
  - Necesidades; acceso a historia clínica, material fungible

Actividades de la Enfermera de Enlace

- Asistir a las **sesiones clínicas** del servicio de Neurología. Conocer el plan integral de cuidados
- **Incluir a los pacientes** en el programa, a las 48-72h
- Llevar a cabo el **proceso de atención de enfermería**; valoración, diagnósticos, resultados, intervenciones, evaluación. (Enfermera de hospitalización)
- Desarrollo de las **actividades propuestas**.
- **Registrar** todo el proceso en la historia clínica y base de datos
- **Gestión del alta** médica y **seguimiento del paciente**

4.4 Puesta en marcha

- Presentación del programa al responsable médico y la supervisora de enfermería

- Sesiones informativa y de divulgación

- Inicio de la actividad progresivo:
  - Primero casos con mayor déficit neurológico y grado de dependencia
  - Progresivamente pacientes con cualquier grado de dependencia

4.5 Evaluación

- Trimestral durante su primer año. Posteriormente semestral.
- Indicadores a evaluar:
  - El número de **casos** incluidos en el programa.
  - Número de **programas educativos** llevados a cabo.
  - Número de **informes de enfermería al alta** realizados.
  - Número de **complicaciones potencialmente evitables**. Como son las úlceras por presión, las neumonías por aspiración, las infecciones urinarias.
  - Número de **gestiones de enlace** realizadas.
  - **Satisfacción** de los pacientes y familia.
  - Satisfacción de los profesionales

4.6 Estimación económica

- **Recursos personales**: incorporación de una enfermera en la plantilla. Coste aproximado de 21.268 ´8€ anuales
- **Recursos materiales**: material fungible e informático disponible en el servicio, incremento de 50-100€ anuales.
- Material de difusión, 1000€
- **Gasto anual estimado**, 22.365´8€

5 CONCLUSIONES DEL PROGRAMA

- La educación sanitaria es parte fundamental para el **afrontamiento** de las nuevas situaciones de dependencia, al igual que la mejor forma de **prevenir las complicaciones** que de estas puedan derivarse.

- Conseguirá dar **una atención integral y continuada** a los pacientes y familiares, también supondrá una mejora en la calidad asistencial.

- Conllevará un **ahorro económico**

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Zarranza JJ, (2008) Neurología. España: Elsevier. ISBN: 978-84-8086-228-8
2. Aymerich N, Zandio B, Martín M, Muruzabal J, Delgado G,Gallego J, et al. Incidencia de ictus y mortalidad precoz en la comarca de Pamplona (EIPA). LIX Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona 20 deNoviembre de 2007.
3. Sociedad Española de Neurología (2006). Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Barcelona: Prous Science. ISBN: 84-8124-225-X
4. Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaris del Ictus. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña. ISBN: 978-84-393-80-214

5. Hervás-Angulo A, Cabasés-Hita JM, Forcén-Alonso T. Costes del ictus desde la perspectiva social. Enfoque de incidencia retrospectiva con seguimiento a tres años. Rev Neurol 2006; 43 (9): 518-525
6. Hervás A, Cabases J, Forcén T. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. Gac Sanit. 2007; 21(6):444-51
7. Rico-Blázquez M, Sanchez Goméz S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a paciente crónico complejo. Enferm Clin. 2014; 24(1):44-50
8. WHO, Global Report. Preventing Chronic Diseases, a vital Investment. Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200. CHF 30.00. ISBN 92:4:1563001
9. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud (2014). Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible <http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+

10. Nota de prensa. Gobierno de Navarra (2015). El nuevo modelo de atención a enfermos crónicos reduce los ingresos hospitalarios y mejora la calidad asistencial, 20 mayo de 2015. < http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/4D288CDD-A075-4A59-9209-8839F5AD4324/316389/ planatencioncronicosmejoracalidad.pdf> [Consulta: 17 agosto 2015]
11. Case Management Society of America. Standards of Practice for Case Management. 2010. <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf> [Consulta: 20 agosto 2015]
12. Morales-Asencio, JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enferm Clin. 2014;24(1)23-34
13. Teixidor, M. “Rol de la enfermera en la definición y activación de las trayectorias clínicas y la gestión por casos”. El ejercicio de la dirección desde la perspectiva del cuidar. X Máster en Administración y Gestión en cuidados de enfermería, fundación La Caixa. Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Universidad de Barcelona 2006.

14. Pérez Hernández,RM. La enfermera de enlace comunitario, en I Congreso de Enfermería de Familia y Comunitaria de la Región de Murcia. Moratalla (Murcia), mayo 2006.Disponible:<http://www.salvadorpostigo.com/enfermeriaaldia/archivos/enfermera_de_enlace_comunitaria2006.pdf> [Consultado: junio 2011]
15. Gállego Culleré J, Muñoz Arrondo R. Modelo de organización en una comunidad de 600.000. Revista del grupo de estudio de enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Barcelona: 2009; 9 (9): 9-13. ISSN: 1888-072X.
16. Gobierno de Navarra. Memoria 2014, Servicio Navarro de Salud. Disponible <http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesionales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad/A%C3%B1o+2014/Memoria+del+SNS-O+2014.htm> [Consultada 18 agosto 2015]

17. España. Ley de Cohesión y Calidad 19/2003, de 29 de mayo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud 2006-2010 <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm> [Consulta: 21 agosto 2015]
18. BOE, 128. Sección 1. Pág. 20567-88
19. Decreto Foral 19/2010, de 12 abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se establece su estructura directiva. BON Nº 50 de 23 de abril de 2010
20. Gobierno de Navarra. Plan de Salud Navarra 2014-2020. Aprobado el 16 septiembre de 2014, por la Comisión de Salud del Parlamento Foral de Navarra. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/E0566B9B-2D62-423D-9EA6-72DB748E390A/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf> [Consulta: marzo 2015]

21. López-Liria R, Fernández-Alonso M, Vega-Ramírez F, Salido-Campos MA, Padilla-Góngora D. Tratamiento y rehabilitación de la disfagia tras enfermedad cerebrovascular. Rev Neurol 2014; 58(6): 259-267.
22. García-Molina A, Roig-Rovira T, Enseñat-Cantallops A, Sánchez-Carrión R. Neuropsicoterapia en la rehabilitación del daño cerebral. Rev Neurol 2014; 58 (3): 125-132.

TEMA 218. ACTIVIDAD EN AGUA VERSUS ACTIVIDAD EN TIERRA. BENEFICIOS PARA EL ADULTO MAYOR.

- PABLO RODRÍGUEZ NEIRA
- SILVIA ZAPICO GUTIÉRREZ

ÍNDICE

- SISTEMA PROPIOCEPTIVO
- SISTEMA VESTIBULAR
- RANGO ARTICULAR Y ESTABILIDAD ARTICULAR
- FUERZA-RESISTENCIA
- TONO
- REACIONES DE ENDEREZAMIENTO,EQUILIBRIO Y APOYO
- PATRÓN DE LA MARCHA
- BIBLIOGRAFÍA

SISTEMA PROPIOCEPTIVO

El sistema propioceptivo nos permite orientar nuestro cuerpo o parte de él en el espacio, sincronizar los movimientos y su velocidad, determinar la velocidad de contracción de nuestros músculos y la cantidad de fuerza que debemos hacer para realizar cualquier acto motor.

Las personas que sufren alguna disfunción propioceptiva participan con gusto en las actividades acuáticas ya que el medio acuático se comporta como una envoltura permanentemente en movimiento y ofrece resistencia al desplazamiento, proporcionando un estímulo constante a los receptores propioceptivos.

SISTEMA VESTIBULAR

Es el órgano que alerta de la posición de la cabeza, mientras que el cuerpo en el espacio informa de la postura y del equilibrio participando en su regulación, pues la información de la variación de postura provoca un impulso eferente (*output* de datos que va desde el sistema nervioso central hasta fibras musculares) para corregirla de forma inmediata.

La hiposensibilidad vestibular hace que la persona no registre, o lo haga pobremente, los estímulos que provienen de este sistema, provocando dificultades en el control postural y la búsqueda constante de movimientos intensos o rotacionales.

Por el contrario, cuando existe una hipersensibilidad, la persona percibirá estos estímulos con gran intensidad por lo que se mostraran miedosas ante cualquier actividad y tienden a evitar aquellas que requieran equilibrio y movimiento constante.

En el medio acuático la flotación y la sensación de ingravidez experimentadas hacen que el sistema vestibular se beneficie de movimientos que en seco son imposibles. Por esto, la Terapia Acuática aporta a aquellos pacientes con disfunciones vestibulares una oportunidad de tratamiento única, pudiendo realizar movimientos progresivos y suaves que se ajusten a la percepción individual del movimiento.

RANGO ARTICULAR Y ESTABILIDAD ARTICULAR

Rango articular: los movimientos amplios que favorece el medio acuático permiten la aplicación de fuerzas sobre el tejido conectivo, favoreciendo así su posición anatómica normal. Esto puede disminuir la rigidez del tejido y mejorar su reorganización.

Estabilidad articular: en muchos ejercicios de estabilización articular, el punto fijo y el punto móvil están invertidos. Esto ofrece la posibilidad de estabilizarse de otro modo que en tierra, pudiendo cambiar la conciencia corporal de la persona.

FUERZA-RESISTENCIA

La resistencia muscular puede trabajarse mediante actividades prolongadas debido a la resistencia que ofrece el agua a los desplazamientos del propio cuerpo.

Las actividades que se van a plantear no requieren gran fuerza por lo que todas pueden repetirse con bastante facilidad. De este modo, es posible entrenar la resistencia a lo largo de las sesiones.

TONO

Tono: la posibilidad de realizar movimientos grandes de una manera suave y continua, facilitados por los efectos de flotación y de presión hidrostática, ayuda a normalizar el tono.

Esto puede contemplarse como requisito para permitir una información cinestésica normalizada al sistema nervioso central, la base de las adaptaciones mediante neuroplasticidad.

REACCIONES DE ENDEREZAMIENTO,EQUILIBRIO Y APOYO

Reacciones de enderezamiento, equilibrio y apoyo: las propiedades físicas del agua crean inestabilidad y minimizan la necesidad de potencia muscular para facilitar el movimiento debido a la velocidad lenta de los cambios posicionales.

Estas características son los requisitos de las opciones de intervención que tratan las reacciones de equilibrio y las reacciones de enderezamiento y apoyo.

PATRÓN DE LA MARCHA

Patrón de la marcha: andar en el agua difiere de andar en tierra; los parámetros cinéticos y cinemáticos son diferentes.

En el pasado, esta diferencia dio lugar a la suposición de que el hecho de andar en agua a poca profundidad no podría usarse para preparar la marcha en tierra. Sin embargo, la investigación clínica ha demostrado que los pacientes son capaces de transferir elementos de su patrón de marcha y mejorar las habilidades en tierra.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Diego, C. & tornero, A. (2015) El desempeño ocupacional en terapia acuática. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona-Elsevier p. 171-184
2. Bruce E. Becker. BiophysiologicAspects of Hydrotherapy. En: Becker E.B., Cole A.J. Comprehensiveaquatic therapy.3ed. Butterworth-Heinemann, 2011. p. 23-75
3. Schmidt, R.A.; Lee, T.D. (1999): Motor control and learning: A behavioral emphasis. 3ª Ed. Champaign. Human Kinetics.
4. Crepeau, Elizabeth Blesedell, et al. Terapia ocupacional. Ed. Médica Panamericana, 2005.

5. American Occupational Therapy Asociation. Occupational therapy practice framework: Domain and Process (2nd ed.). Am J OccupTher. 2008; 62: 625-683
6. Daza Diaz, A & Alonso Fraile, M. (2015) El medio acuático como medio sensorial. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona-Elsevier p.45-57
7. Del Castillo, Manuel Guillén, and Daniel Linares Girela. "Bases biológicas y fisiológicas del movimiento humano." (2002). Capitulo 9.Pag 168-196
8. Lambeck, J. & Güeita Rodríguez, J. (2015) Terapia acuatica especifica (WST)- Programa de 10 puntos. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona-Elsevier p.45-57

9. De Diego, C. & tornero, A. (2015) Creacion de unidades de Terapia Acuatica. Elaboración y gestión de proyectos. En Güeitia, J.,Alons, M & Fernández, C. (eds), Terapia Acuática. Abordajes desde la fisioterapia y la terapia ocupacional. Barcelona-Elsevier p. 17-27

TEMA 219. PROYECTO DE INFORMACIÓN PARTICIPATIVO PARA CUIDADORES NO PROFESIONALES.

- Mª NAZARET CORDERO GARCÍA
- JESICA MARA LÓPEZ POLA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Para que los cuidadores no profesionales puedan desarrollar adecuadamente sus funciones es necesario cierto grado de información y formación previa; aún más en pacientes dependientes, que día a día se encuentran con problemáticas diferentes y en los que en la mayoría de los casos no saben desenvolverse y buscar la solución adecuada.

Esta necesidad es de vital importancia ya que la familia es el eje central sobre el cual gira el ciclo vital de cualquier persona. Su tarea básica consiste en crear una base y un clima donde las necesidades de sus miembros sean satisfechas. Los destinatarios directos de este proyecto por tanto serán los cuidadores no profesionales de personas dependientes dentro del núcleo familiar.

OBJETIVOS

- Proporcionar información sobre los cuidados a las personas dependientes.

- Capacitar a los cuidadores no profesionales

- Emponderar el papel de los cuidadores no profesionales.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda de bibliografía utilizando las bases de datos Pubmed Y Dialnet.

Indicadores boolenos:

- Dependencia
- Cuidadores
- Formación
- Familia

RESULTADOS

- SESIÓN 1: PRESENTACIÓN
- SESIÓN 2: EL ABORDAJE DE LA DEPENDENCIA DESDE EL ÁMBITO FAMILIAR
- SESIÓN 3: LA IMPORTANCIA DE CUIDAR DE LOS QUE CUIDAN
- SESIÓN 4: LEY DE DEPENDENCIA, RECURSOS Y PRESTACIONES
- SESIÓN 5: CAMBIOS POSTURALES
- SESIÓN 6: ÚLCERAS DE PRESIÓN
- SESIÓN 7: SESIÓN FINAL Y DESPEDIDA

CONCLUSIONES

- La familia constituye el grupo social más importante, al cual se vincula la existencia humana. En su seno el hombre aprende lo necesario para vivir y buscar su bienestar y felicidad, pues es la familia la encargada de cumplir entre otras funciones la de satisfacer las necesidades emocionales de sus miembros, contribuyendo así a su salud y estabilidad.
- La OMS, en su artículo "La Salud y la Familia", considera que la salud del conjunto de los miembros de la familia, es un hecho que determina y está determinado por el funcionamiento efectivo de esta como unidad biosocial, en el contexto de una cultura y sociedad dada.

Es por ello de vital importancia que en nuestra sociedad activemos mecanimos de apoyo que favorezcan a la consecución de este bienestar social.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Guía Médica Familiar. Schering-Plough. EcuSanitas. Bayer. Servidatos S.A. 1997-98.

TEMA 220. REACCIONES EXTRAPIRAMIDALES.

- SUSANA DÍAZ DÍAZ
- LETICIA GONZÁLEZ CUERVO
- ARÁNZAZU JAMBRINA MARTÍNEZ
- PILAR RUÍZ CRESPO

ÍNDICE

1. ¿QUE SON LOS SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES?

2. TIPOS

3. CAUSAS

4. TRATAMIENTO

5. BIBLIOGRAFIA

1. ¿QUÉ SON LOS SÍNTOMAS EXTRAPIRAMIDALES?

Los síntomas extrapiramidales se deben al uso de psicofármacos y afectan alterando la motricidad. Puede producir movimientos involuntarios, dificultad para la deambulación, temblores, contracturas musculares, lentitud de los movimientos o inquietud, entre otros.

Ésto sucede cuando es afectada el área del cerebro que se encarga de la coordinación de los movimientos mediante los efectos secundarios de algunos medicamentos, bloqueando la dopamina.

En ocasiones el diagnóstico es muy complejo ya que pueden aparecer los síntomas justo después de la ingesta del medicamente o aparecer lentamente en el tiempo.

2. TIPOS

1. ACATISIA

Se entiende como una forma de inquietud, la necesidad de moverse constantemente por estar incómodo o inquieto. Suele estar también afectado su nivel de atención y su capacidad para conciliar el sueño. Ésto provoca la imposiblidad de relajarse y son incapaces de estar sentados y se levantan muy a menudo dando vueltas y balanceándose.

2. DISTONÍA

Se entienden como contracciones involuntarias de los músculos que son repentinos y repetitivos. Pueden afectar a todos los músculos voluntarios del cuerpo,aunque la mayoría ocurren enla parte superior del cuerpo, cuello y cara. Ésto puede dar lugar a tortícolis, crisi oculógiras, afectación de los músculos de lengua e incluso los que se utilizan para la respiración

2. TIPOS

3. PSEUDOPARKINSONISMO

Son síntomas anormales que imitan los de la enfermedad de Parkinson, aunque se diferencia por su aparición repentina. Incluyen:

-Temblores que se producen generalmente en las manos aunque también puede producirse en la boca, dando lugar a lo que se conoce como " síndrome del conejo", que es cuando da lugar el funcionamiento y temblor de los labios.
-Rigidez en los músculos
- Pueden producirse la bradicinesia (lentitud de los movimientos) y la acinesia (ausencia de movimiento).
-Debilidad de la voz , dificultades para tragar y con las expresiones faciales.

2. TIPOS

4. DISCINESIA TARDÍA

Síntomas caracterizaos por movimientos involuntarios irregulares y lentos del cuerpo, generalmente facial (lengua, labios, cara y cuello).

Se denomina tardía porque pueden aparecer a los varios meses o incluso años.

Se pueden presentar chasquidos de lengua, sacar o doblar la lengua, fruncir el ceño, movimientos de succión...es decir movimientos estereotipados y algo complejos.

3. CAUSAS

Estos síntomas descritos anteriormente aparecen con la toma de antipsicóticos típicos, también conocidos como neurolépticos, ya que actúan bloqueando los receptores de dopamina D2. Dichos fármacos son utilizados como tratamiento para enfermedades como psiquiátricas, entre ellas la esquizofrenia (la base de esta enfermedad parte de un exceso de receptores en el cerebro de dopamina).

También actúan bloqueando los receptores en los ganglios basales, lo que da lugar a las reacciones extrapiramidales, alterando la respuesta motora, psicomotricidad.

3. CAUSAS

Es conocido que estos fármacos influyen sobre otros neurotransmisores como la noradrenalina, la acetilcolina o la serotonina, pudiendo ocasionar dichos síntomas.

Por todo esto, hoy en día se elige como tratamiento de elección los antisicóticos atípicos o de segunda generación, que se crearon porque no producen síntomas extrapiramidales y son más eficaces.

4. TRATAMIENTO

Dentro del tratamiento de primera elección hay que incluir la prevención. Se puede llevar un seguimiento de la aparición de dichos síntomas o no mediante consultas ambulatorias programadas.

En la mayoría de los casos se solucionan los síntomas con la disminución de la dosis o en el caso de estar provocados por la administración de antipsicóticos típicos sustituyendolo por atípicos.

La acatisia se logra disminuir interrumpiendo los antipsicóticos típicos y comenzar el tratamiento con ansiolíticos como el alprazolam, el diazepam o el lorazepam.en ocasiones también se utilizan bloqueadores de propanolol (por ejemplo el inderal).

4. TRATAMIENTO

Cuando es necesario tratar distonías agudas es necesario la administración inmediata de antiparkinsonianos o anticolinérgicos. Hay que tener extremada precaución en el uso de dichos fármacos dado los efectos secundarios que ocasionan como boca seca, taquicardia, visión borrosa, psicosis, dependencia, etc.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Laporte JR, Capella D. El desarrollo de la farmacovigilancia en España. Inf Ter Segur Soc 1985; 9: 129-35

2. Cruz Barrios MA. Elementos para la prescripción racional. En: Morón-Levy N, eds. Farmacología General. La Habana: ECIMED; 2002. p.165-78

3. Fernández EJ. Receptores Farmacológicos. En: Morón RFJ, Levy RM, eds. Farmacología general. La Habana: ECIMED; 2002. p.55-99

4. Valsecia M. Neurolépticos, Antipsicóticos o Tranquilizantes Mayores; 3. Disponible en URL: www.unne.edu.ar/catedras/farmacologia

TEMA 221. RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR SANITARIO.

- VANESA MONTES COLLIA
- HECTOR CRISTOBO MARTINEZ
- PATRICIA SUAREZ RODRIGUEZ
- RAUL GUTIERREZ PRADO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- ACCIDENTES DE TRABAJO
- ENFERMEDADES PROFESIONALES
- ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Será grave o inminente cuando la posibilidad de que se materialice en un accidente de trabajo es alta y las consecuencias importantes. Existen muchos riesgos laborales a los que estamos expuestos: los riesgos en seguridad, los biológicos, los químicos, los fisicos,los ergonómicos y los psicosociales.

En el sector sanitario se dan gran parte de los peligros que pueden aparecer en un entorno laboral, ya que contamos con laboratorios, lavanderías, talleres, consultas, hospitalización, urgencias, radiología, cocinas, bibliotecas, calderas etc…El trabajador sanitario como cualquier otro trabajador tiene derecho a trabajar sin sufrir daños en su salud.

En los lugares antes citados y en otros que no hemos mencionado, existen peligros que sin apenas darnos cuenta nos rodean. Esos peligros pueden provocarnos “accidentes de trabajo” (por ejemplo caídas, golpes, incendios, explosiones…).También pueden causarnos “enfermedades profesionales” (producidas por agentes físicos, biológicos, químicos…). Y también nos pueden llevar a otro tipo de “enfermedades relacionadas con el trabajo” (causadas por peligros de origen ergonómico y psicosocial, como la carga física , carga mental, insatisfacción, nocturnidad, precariedad laboral…)

El sector sanitario es un servicio esencial para la sociedad. Es importante conocer los riesgos laborales que pueden afectar a la salud y a la seguridad en el puesto de trabajo. A continuación haremos un breve resumen sobre ellos.

ACCIDENTES DE TRABAJO

Dentro de los riesgos de accidentes de trabajo nos podemos encontrar los siguientes :

- Riesgo de caída de personas. Este riesgo se puede presentar durante el desplazamiento a lo largo de la jornada, debido al mal estado del suelo, por falta de orden y limpieza, también puede darse por el uso de escaleras que presentan deficiencias o debido a la presencia de obstáculos en el trayecto.
- Riesgo de caída de objetos. Este riesgo puede darse por inestabilidad, falta de anclaje, sobrecarga o mal estado de las estanterías y también por objetos que están indebidamente ubicados.
- Riesgo de choques. El riesgo de choques o golpes contra objetos inmóviles en el sector sanitario, tiene lugar en

desplazamientos por zonas con espacios reducidos con falta de orden o limpieza, poca visibilidad, zonas mal señalizadas …

- Riesgo de cortes o pinchazos. Este riesgo se da en los centros sanitarios al utilizar y estar en contacto con objetos e instrumental clínico de tipo punzante o cortante.
- Riesgo de contacto eléctrico. Puede originarse por fallos en las instalaciones eléctricas , equipamientos electromédicos, ordenadores…
- Riesgo de contacto con sustancias nocivas, tóxicas o corrosivas.
- Riesgo de incendio o explosión.

ENFERMEDADES PROFESIONALES

Según estudio, las enfermedades profesionales, causadas por agentes físicos, causantes de lesiones musculares y tendinosas y parálisis de nervios por presión, son las de mayor incidencia. Seguidas por las causadas por agentes biológicos y las enfermedades de la piel.

Personal de enfermería es el colectivo del sector sanitario con el número más alto de accidentes y enfermedades profesionales.

Como ejemplo podemos citar el contagio de enfermedades, como la tuberculosis, hepatitis o el sida; las lesiones musculoesqueléticas ocasionadas por la carga de trabajo y manipulación de enfermos.

ENFERMEDADES RELACIONAS CON EL TRABAJO

Los riesgos ergonómicos están asociados a lesiones osteomusculares principalmente, siendo las enfermedades profesionales relacionas con el trabajo más frecuentes y la primera causa de invalidez permanente.

El síntoma predominante es el dolor, la contractura muscular o la inflamación de la zona.

En el sector sanitario los riesgos ergonómicos aparecen principalmente por:

- Manipulación manual de cargas, higiene postural, movimientos forzados, sedentarismo, movimientos imprevistos…

Por otro lado están los riesgos psicosociales, riesgos específicos a los que los trabajadores están expuestos por una mala organización del trabajo y generan efectos negativos para la salud. Los efectos de la exposición a riesgos psicosociales se manifiestan a través de: estrés, “síndrome del quemado”, violencia…

A grandes rasgos es un resumen de los riesgos laborales en centros sanitarios. Los trabajadores y trabajadoras tienen que exigir el cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales.

BIBLIOGRAFÍA

- Página WEB : José Manuel Brea Feijoo. www.medymel.blogspot.com
- Guía Básica de Riesgos Laborales Específicos en el Sector Sanitario. Federación de sanidad y sectores sociosanitarios de Castilla y León.
- Página WEB : http://www.gestion-sanitaria.com

TEMA 222. PARACENTESIS PAUTAS DE ACTUACIÓN.

JULIO R. MORGADO RODRIGUEZ

ÍNDICE

DEFINICION.
CONTRAINDICACIONES.
TIPOS DE PARACENTESIS.
INDICACIONES PARASENTESIS DIAGNOSTICA.
LIQUIDO OBTENIDO, INTERPRETACION.
PARACENTESIS TEARAPEUTICA EVACUADORA.
PRECAUCIONES.
MATERIAL.
TECNICA.
BIBLIOGRAFIA.

DEFINICION

Es una técnica invasiva, rápida, sin cilla y segura, que consiste en realizar una punción a través de la piel en la pared abdominal, esta técnica medica tiene varios fines, tanto diagnostica así como tratamiento en múltiples patologías que se manifiestan con acumulación de liquido en la cavidad peritoneal y precisen la evacuación
del contenido acumulado en dicha cavidad a través de un catéter Existen escasas complicaciones, la mas frecuente es el hematoma de pared abdominal (1-2 %), tras punción , que no suele necesitar tratamiento.

CONTRAINDICACIONES.

ABSOLUTAS:

-Coagulopatias o trastornos graves no corregidos de la coagulación

-Trombocitopenia grave.

-Obstrucción intestinal.

-Infecciones de la pared abdominal.

RELATIVAS:

-Si el paciente no es capaz de colaborar.

-Si cicatriz en la zona de punción (se desplazara 2 cm)

-Hipertensión portal grave.

-Peritonitis Bacteriana Espontanea.

-Infección de la piel o pared abdominal.

-Megahepatomegalia y/o Megaesplenomegalia (gigantes)

-Embarazadas.

-Colecciones muy pequeñas de liquido intraperitoneal.

TIPOS DE PARACENTESIS

1-PARACENTESIS DIAGNOSTICA:

Se utiliza para verificar si existe o no presencia de liquido en la cavidad peritoneal y para obtener una muestra de pequeño volumen para su análisis

Es la mejor eleccion, rápida,efectiva y menos costosa para el diagnostico de la Ascitis, permite descartar otras patologías como la Peritonitis Bacteriana Espontanea.

INDICACIONES PARACENTESIS DIAGNOSTICA

-Ascitis debutante.
-Si existe indicios de infección del liquido ascitico.
-Si el paciente ascitico presenta deterioro clínico sin causas justificadas(fiebre, dolor abdominal, ileo, hipotención). deterioro mental.
-Si encefalopatia para descartar que sea secundaria a una Peritonitis Bacteriana.
-Si el paciente con Ascitis presenta hemorragia digestiva.
-Alteraciones de la función renal.
Contraindicación absoluta si existiese alteración de la coagulación con repercusión clínica

LIQUIDO OBTENIDO, INTERPRETACION

-Trasparente: Normal.
-Turbio: Peritonitis Bacteriana.
-Hematico:Trauma abdominal, Hepatocarcinoma, otras neoplasias.
-Negro :Pancreatitis Hemorragica, Metástasis peritoneal de Melanoma.

Se enviaran muestras al laboratorio de Microbilogía, de Urgencias y de Citologias.

2-PARACENTESIS TERAPEUTICA O EVACUADORA

- Se realiza de manera similar a la diagnostica, no necesita ingreso, pero debe realizarse en un ambiente tranquilo, es una técnica eficaz y rápida como precaución previa es conveniente que el paciente haya orinado y/o defecado antes de la intervención.
- INDICACIONES :
- -Ascitis :Es la presencia de fluidos en la cavidad peritoneal, asociado a diversas patologias oncologicas principalmente de origen hepatico (80-85%).
- -Ascitis a tension: Provoca insuficiencia respiratoria.
- -Ascitis refractaria: No responde al tratamiento.

PRECAUCIONES

- Antes de realizar la técnica es fundamental explicar el procedimiento al paciente, así como solventar cualquier duda y se solicitara consentimiento informado.
- Realizar y comprobar coagulación sanguínea
- Que no existan posibles alergias (látex, povidona yodada..)

MATERIAL

-Guantes/Mascarillas/Bata /Paños esteriles.
-Solución antiséptica
-Anestésico tópico
-Jeringas 10/20 ml.
-Agujas SC/IM.
-Angiocateter (Kitts de paracentesis).
-Conexión para drenaje.
-Sistema de goteo.
-Receptales.
-Tubos para muestras.
-Frio local (cloruro de etilo).

TECNICA

-Paciente en decubito supino.
-Localizar/Marcar punto de punción
-Desinfección y colocación de campo estéril
-Comprobar que el sistema de vacío funciona con normalidad y receptales montados adecuadamente.
-Infiltrar anestesia local.
-Puncionar perpendicularmente a la pared abdominal, una vez que sea visible el liquido fijar la cánula con apósito y conectar el sistema a receptales que estarán al vació con presión de 40 mm.
-Girar al paciente sobre el lateral Izquierdo
-Durante toda la prueba control, de TA y FC.
-Al finalizar , retirar cánula,desinfectar y colocar apósito estéril,colocar al paciente en decubito supino o lateral derecho 1hora.
-Tras la técnica es posible que sea necesario administración de Albumina.

BIBLIOGRAFÍA

Carvajal Cinthia, Contreras Pía, Covarrubias Natalia, Bresky Gustavo, Lancelloti Domingo. Evaluación de la realización de paracentesis en pacientes cirróticos ingresados a dos servicios de medicina interna de hospitales mediana complejidad. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2014 Abr [citado 2019 Sep 28] ; 34(2): 121-125. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292014000200004&lng=es

Pérez de Luque D. J., Domínguez J. L., Fraga Rivas E., Mata García M. de la. Hematoma de los rectos tras paracentesis diagnóstica en paciente cirrótico. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2004 Sep [citado 2019 Sep 28] ; 96(9): 669-670. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082004000900012&lng=es.

TEMA 223. SALUD SOCIAL.

- ANA MARÍA GARCÍA IGLESIAS
- BORJA LUIS GARCÍA IGLESIAS
- SILVIA MEANA GÓMEZ

ÍNDICE

1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
2. MEJORAS
3. LA VIGILANCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Estos determinantes explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. Es necesario que las políticas y las acciones que se adopten en materia de salud se ocupen de los determinantes sociales de la salud, combatiendo las causas que provocan una mala salud antes de que generen problemas. Esto representa un reto para los responsables de la toma de decisiones, así como para los actores implicados y para los defensores de la salud pública.

2. MEJORAS

La OMS ofrece asesoramiento respecto a cómo mitigar las inequidades. Propone tres recomendaciones generales:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas: Equidad, entornos salubres, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, protección social y atención a la salud universal.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos: La inequidad es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a éstos
3. Medición y análisis del problema: Las acciones son más eficaces si de dispone de registros civiles y programas de observación de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces.

3. LA VIGILANCIA DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Un sistema de vigilancia de los determinantes sociales de la salud requiere una visión integral y social de la salud.

Para tener un buen sistema de vigilancia de los determinantes sociales de la salud se debería prestar especial atención a aspectos relacionados con las fuentes de recogida de información, variables e indicadores, compilación, análisis y diseminación de resultados.

Los sistemas de vigilancia de la salud pública deben ser evaluados de forma periódica y deberían incluir recomendaciones para mejorar la calidad, la eficiencia y la utilidad del sistema de vigilancia de los determinantes sociales de la salud.

A pesar del aumento de las publicaciones científicas acerca de los determinantes sociales de la salud, en España no existe un sistema de vigilancia de los mismos. No hay un sistema de indicadores establecido y suelen utilizarse las fuentes ya disponibles para intentar monitorizar la realidad social a partir del modelo de determinantes sociales de la salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud. Por lo tanto, existen amplias posibilidades de mejora y de reflexión profunda para establecer un buen sistema de monitorización sustentado por el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Who.int [Internet]. C2005-2008. Determinantes sociales de la salud; [consultado 12 Sep. 2019]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/

Albert Espelt. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2016 [consultado 12 Sep. 2019]; 30(7). Disponible en: http://www.gacetasanitaria.org/es-la-vigilancia-los-determinantes-sociales-articulo-S0213911116301017

TEMA 224. GESTIÓN AMBIENTAL HOSPITALARIA.

FRANCISCO JOSE VILLALGORDO GIL

DANIEL VALLEJO SIERRA

JOSE LUIS RUIZ CAROT

AMPARO GARCÍA RUIZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. OBJETIVOS.
3. CAUSAS
4. CONCLUSIÓN.
5. BIBLIOGRAFÍA.

1.0 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad.

¿Cuáles son los factores de los que depende la salud?

Nuestra salud depende de varios factores, entre ellos los ambientales que son los que afectan al entorno del hombre e influyen también en su salud.

Existen varios tipos:

- físicos :temperatura, ruidos, radiaciones.
- químicos : humo, plaguicidas, metales pesados.
- Biológicos : bacterias , virus y otros agentes patógenos
- Psicológicos : agentes sociales y culturales tales como el estrés o las drogas

1.1INTRODUCCIÓN

A lo largo de los últimos años los estudios y conocimientos en materia de salud ambiental y ocupacional crecieron de manera importante.

En los hospitales se generan continuamente impactos ambientales debido a la actividad humana, influyendo en el impacto de salud ambiental en el que es muy significativo, debido en su mayoría a la generación de residuos tanto biológicos como de material y equipo médico .

Este impacto es necesario controlarlo ya que las instituciones hospitalarias en su condición de prestadora de servicios pueden desequilibrar y provocar efectos negativos en el ámbito ambiental y deben estar obligadas a un manejo y gestión adecuado, no solamente a los residuos solidos, sino incluyendo todos los aspectos ambientales que tienen que ver con las actividades institucionales de la salud.

1.2 INTRODUCCIÓN

Las administraciones deben contar con instituciones y estructuras en el campo de la salud ambiental que controlen la operación de los hospitales con relación a sus actividades de saneamiento, riesgo ambiental y recursos naturales.

Todos los estudios que se realizan se caracterizan por tener como unidad de estudio a las poblaciones, porque constituyen una importante fuente de información en salud ambiental.

De la misma manera las entidades privadas llevadas a cabo por la practica empresarial cada vez más optan por la promoción favorable de las medidas de salud en el entorno y en el desarrollo del medio ambiente.

2.0 OBJETIVOS

Identificar los efectos de los agentes ambientales en la salud humana, grupos o comunidades, culturas, municipios, regiones o países, entre otros.

Promover la salud de las poblaciones y el desarrollo sostenible a través de tecnologías con modelos de producción y consumo responsable, fortaleciendo la gestión intersectorial y la participación comunitaria y social en todo nivel.

- Atender las necesidades sanitarias y ambientales de las poblaciones vulnerables contribuyendo al mejoramiento de las condiciones de vida de la población mediante la prevención, vigilancia y control sanitario.
- Promover la responsabilidad social a las actividades empresariales en la adopción de Sistemas de Producción Limpia, de la salud de los trabajadores y de entornos de trabajo saludables y prevención de los riesgos del trabajo.

2.1 OBJETIVOS

Organizaciones de salud realizan talleres y seminarios en los que centran los Objetivos en materia de salud ambiental orientados mayoritariamente en las siguientes actuaciones:

- Analizar y trabajar en los problemas nacionales en materia de salud y factor ambiental.
- Medidas para resolver los problemas en materia de salud ambiental.
- Impacto de las medidas propuestas en la solución del problema.
- Importancia global de los causales del problema y formular propuestas a las administraciones para la promoción de la salud ambiental y el desarrollo sostenible, orientadas a mejorar la salud de la población.
- Sensibilizar a la opinión pública y a todos los agentes necesarios acerca de la influencia del ambiente en la salud humana y el papel de las intervenciones en salud pública.

3. CAUSAS

- Existen múltiples problemas de salud derivados del factor ambiental: alergias a la infertilidad ,cáncer y muerte prematura, enfermedades respiratorias, alergias, trastornos neurológicos de desarrollo, riesgos de cáncer por determinados agentes físicos, químicos y biológicos , radiación ultravioleta, pesticidas y plaguicidas, además de problemas de salud debidos a los ruidos.

- El acelerado proceso de urbanización trae consigo un gran número de enfermedades, originadas por la congestión vial, la contaminación atmosférica, la acumulación de desechos urbanos e industriales. La capacidad de bioacumulación de muchos contaminantes, el carácter multifactorial, así como la posibilidad de efectos indirectos y crónicos que pueden desencadenar enfermedad en la mayoría de las ocasiones a largo plazo, y en donde muchas veces cuando se trata de corregir ya no siempre es posible. Los resultados de la contaminación frecuentemente se conocen tan tardíamente, que solo unos pocos pueden establecer una relación entre la causa y el efecto.

4. CONCLUSIÓN

El enfoque generalizado de la gestión ambiental en los hospitales corresponde al manejo de los residuos sólidos hospitalarios, a veces descuidando otros aspectos que producen un impacto ambiental negativo en el ambiente, en donde estos pueden aplicar instrumentos de gestión ambiental más amplios y exhaustivos.

Cada vez son más las obligaciones que tienen las organizaciones y la sociedad donde en conjunto todos deben asumir su responsabilidad social de efecto sobre la salud.

La salud ambiental no solo se encuadraba dentro de la competencia de las ciencias médicas, si no que incumbe y compromete a numerosas disciplinas e involucra a todos los seres vivos. En consecuencia, la conservación y protección de un ambiente sano, adecuado y favorable depende de todos nosotros.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Blanco-Becerra L C, Pinzón-Flóres C E, & Idrovo, Á. J. (2015). Estudios ecológicos en salud ambiental: más allá de la epidemiología. *Biomédica*, *35*(2), 191-206.
- **Articulo de revistas:**
- Terán Rosero Gustavo Javier, Montenegro Obando Blanca Liliana, Bastidas Guerrón Jeaneth Lucía, Realpe Cabrera Ivan Alirio, Villarreal Salazar Fernando Javier, Fernández Lorenzo Angie. Análisis crítico de la responsabilidad social en entidades de salud. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2017 Mar [citado 2019 Oct 01] ; 36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000100020&lng=es
  .
- Taller: Objetivos nacionales en materia de salud ambiental y ambiente ocupacional. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2016 Oct [citado 2019 Oct 01] ; 48(5): 440-441. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500010&lng=es
  .
- **Paginas WEB:** Organización Mundial de la Salud http://www.who.int/es/
- AlbaceteSostenible.com:http://www.absostenible.es/index.php?id=94

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**

ÍNDICE

- Introducción
- Impactos en la salud
- Objetivos
- Relación Medio Ambiente-Salud

Introducción

La contaminación atmosférica está presente en nuestro día a día y nos afecta a todos de diversas maneras. Los efectos más graves se producen en las personas que ya están enfermas, además de las que forman parte de los grupos más vulnerables como niños y ancianos.

Impactos en la salud

Estos impactos dependen del tipo de contaminante:

- Contaminantes comunes en el aire: se procede a seguir y analizar las partículas que lo componen. Presente en áreas urbanas.
- Contaminantes peligrosos o tóxicos: los efectos de estos son más localizados en la naturaleza.
- Ausencia de agua y su saneamiento: este problema está disperso en el mundo y asociado a la pobreza.

Objetivos

- Reducir en nuestra vida diaria aquellas actividades que causan mayor producción de contaminantes.
- Apoyar políticas que prevengan la contaminación y conserven el medio ambiente.
- Investigar cuales son el resto de posibles amenazas o enfermedades causadas por la contaminación del medio ambiente

Relación Medio Ambiente-Salud

Existen dificultades para saber identificar con exactitud la relación causal entre el medio ambiente y la salud, sin embargo sabemos que ciertas sustancias ambientales, por debajo o por encima de un nivel específico, son peligrosas.

Bibliografía

- Who.int [actualizado y citado 29 Sept 2019]. Disponible en: https://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/health_impacts/es/
- Scielo.isciii.es [actualizado y citado 29 Sept 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000200001
- Insst.es [actualizado y citado 29 Sept 2019]. Disponible en: https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/55.pdf

Bibliografía

- Orkesta.deusto.es [actualizado y citado 29 Sept 2019]. Disponible en: https://www.orkestra.deusto.es/images/investigacion/publicaciones/informes/cuadernos-orkestra/calidad-del-aire.pdf

TEMA 226. DETERIORO COGNITIVO.

- **MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ**

ÍNDICE

1- INTRODUCCION

2- OBJETIVOS

3-METODOLOGIA

4- RESULTADOS

5-CONCLUSIONES

6-BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

El deterior cognitivo es una alteración del funcionamiento intelectual, esta condición se manifiesta en distintos grados que pueden ser desde un deterioro cognitivo leve a uno mas grave que es el denominado demencia.

Tener información de esta alteración así como el grado de deterioro del paciente es imprescindible.

OBJETIVOS

- Conocer la repercusión del deterioro cognitivo en las personas.

- Mejorar el entorno y prevenir posibles accidentes

- Entender a las personas que sufran esta disfunción y cooperar con ellos tanto dándoles apoyo como ayudando a que el deterioro se ralentice lo mas posible.

METODOLOGIA

La metodología que se utilizo en este capitulo es extensa ya que existe una gran variedad de información tanto en libros de texto como en las bases de datos del sistema informático; este ultimo utilizando buscadores como pueden ser Plubmed, Scielo, Medlineplus o el buscador Google Académico.

RESULTADOS

El deterior cognitivo y su avance depende de distintos factores que se señalan a continuación:

- Edad avanzada.
- Deprivación sensorial.
- Enfermedades graves de carácter crónico (renales o hepáticas) o bien del sistema nervioso central.
- Deterioro de las funciones antes de un ingreso.
- Infecciones que puede tener esta persona bien sean crónicas o no.
- Intervención quirúrgica o trauma.
- Alteraciones en el aumento de la urea o creatina.

RESULTADOS

Factores que precipitan el deterioro de una persona:

- Falta de sueño.
- Cambios frecuentes de vivienda o habitación.
- Incontinencia.
- Falta de entorno familiar.
- Dolor.
- Estrés.
- Falta de movilidad.
- Uso de sondas o vías intravenosas.

RESULTADOS

Factores a tener y cuidados que hay que tener en cuenta en pacientes con deterioro cognitivo:

- Limitar el consumo de fármacos como sedantes, narcóticos, hipnóticos…
- Mejorar los factores ambientales o de apoyo como: la luz natural o artificial, si necesita gafas o audífonos…
- Favorecer el entorno o la visita de familiares.
- Valorar si el paciente es de riesgo y tomar mas medidas si ese es el caso.
- Promover actividades físicas y la terapia ocupacional.
- Proporcionar estímulos como un calendario o un reloj.

RESULTADOS

El deterioro cognitivo puede en muchas ocasiones derivar en otras alteraciones como son:

- Afectividad y conducta (depresión, ansiedad, apatía, euforia …).
- Trastornos en el pensamiento con ideas delirantes (robo, persecución, vigilancia…).
- Trastorno de la conducta o del animo (el mas importante de ellos es la depresión).

CONCLUSIONES

El deterioro cognitivo es un problema que atañe cada vez a mas población ya que la edad de vida es cada vez mayor.

El apoyo de estas personas, sobre todo por sus familiares o cuidadores es imprescindible a la hora que la enfermedad no avance rápidamente.

Es muy importante conocer tanto la enfermedad en general como al paciente en particular para poder otorgarle la ayudas necesarias en su entorno, con estímulos, ejercicios y actividades ocupacionales.

BIBLIOGRAFÍA

• Casquero R, Selmes J. Cómo entender, actuar y resolver los trastornos de conducta de su familiar. Madrid: Editorial Meditor, 2003.
• Crespo M, Lopez J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Ed. Pirámide. Madrid, 2003.
• Fernández Ballesteros R. Gerontología Social. Madrid: Ed. Pirámide, 2005.
• Jacobs B. Cuidadores. Barcelona: Ed. Paidós, 200.
• Hayes S. Sal de tu mente, entra en tu vida. Bilbao: Ed. Desclée de Brouwer, 2011.
• Friel D. Vivir en el laberinto. Barcelona: Ed. Alba, 1994.

TEMA 227. SARAMPIÓN.

- COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ
- VIRGINIA CASTARROYO MERINO
- MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ
- YESICA DÍAZ ROCES

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. EPIDEMIOLOGÍA
3. UN POCO DE HISTORIA
4. EL SARAMPIÓN EN EUROPA HOY
5. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, en septiembre de 2017 España se encuentra entre los 33 países europeos que han erradicado el sarampión. Se considera eliminado cuando transcurren 36 meses sin contagios ni casos del mismo dentro de las fronteras del país. Son las conclusiones de la Sixth Meeting of the European Regional Verification Commission for Measles and Rubella Elimination (RVC), celebrada en Bucarest (Rumanía).

¿Porqué entonces la Sociedad Española de Epidemiología recomienda en 2019 la vacunación de quienes tengan entre 40 y 50 años y no estén seguros de haber sido vacunados o haber pasado el sarampión? Esta revisión bibliográfica trata de aportar un poco de luz a la cuestión que se plantea.

2. EPIDEMIOLOGÍA

El sarampión es causado por un virus de la familia de los paramixovirus y se suele transmitir a través de contacto directo y por el aire. Infecta al tracto respiratorio y desde ahí, coloniza al resto del organismo.

El primer síntoma de la infección suele ser fiebre alta, que aparece entre los 12 y 14 días posteriores al contacto con el virus. En la fase inicial, el paciente puede presentar rinorrea, tos, ojos llorosos y rojos, y pequeñas manchas blancas en la cara interna de las mejillas. Al cabo de unos tres días aparece un exantema, generalmente en el rostro y la parte superior del cuello, que va extendiendo, acabando por afectar a las manos y pies. El exantema dura 5 a 6 días, y luego se desvanece. El intervalo entre la exposición al virus y la aparición del exantema oscila entre 7 y 18 días.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La mayoría de las muertes se deben a complicaciones del sarampión, que son más frecuentes en menores de 5 años y adultos de más de 30 años. Las más graves son la ceguera, la encefalitis (infección acompañada de edema cerebral), la diarrea grave (que puede provocar deshidratación), las infecciones del oído y las infecciones respiratorias graves, como la neumonía.

La vacunación sistemática de los niños contra el sarampión combinada con campañas de inmunización masiva en países con elevada incidencia y mortalidad son estrategias de salud pública fundamentales para reducir la mortalidad mundial por sarampión.

3. UN POCO DE HISTORIA

Antes de la introducción de la vacuna, el sarampión era una enfermedad "obligada" en la niñez, de tal manera que a los 20 años de edad más de 90% de la población mundial ya la había tenido. De comportamiento endémico global, causaba epidemias de grandes proporciones cada dos o tres años, principalmente a fines de invierno, en primavera en regiones de clima templado, y durante todo el año en regiones de clima tropical.

La incidencia mundial ha descendido a partir de la introducción de la vacuna en los países desarrollados en orden del 95 % al 99 %. Se calcula que en 1998 se produjeron más de 30 millones de casos ocasionando más de 745 000 muertes.

3. UN POCO DE HISTORIA

En España, antes de la introducción de la vacuna, se producían unos 150 000 casos anuales. En la década de los 80 se introdujo la triple vírica (TV) frente al sarampión, la rubeola y las paperas, lográndose coberturas muy altas, en torno al 80 %, disminuyendo drásticamente la enfermedad. En 1994 se logró reducir la incidencia en un 95 % con respecto a la de la era prevacunal y 10 años después se alcanzó la menor incidencia de la enfermedad.

4. EL SARAMPION EN EUROPA HOY

En 2010, la Asamblea Mundial de la Salud estableció pautas en el camino hacia la erradicación del sarampión que deberían lograrse en 2015.

Los casos por esta enfermedad se han multiplicado por 15 desde el 2016 en Europa y ha pasado de estar a punto de ser erradicada a sufrir una de las epidemias más alarmantes.

En 2018, tres de cada cuatro casos ocurrieron en países con cobertura vacunal igual o inferior al 88% en su segunda dosis.

4. EL SARAMPIÓN EN EUROPA HOY

El comienzo de 2019 fue sumamente alarmante, ya que en

los tres primeros meses del año la incidencia de la

enfermedad a aumentado un 300%

5. CONCLUSIONES

La única medida para detener el riesgo a corto y medio plazo es la vacunación.

La tasa de contagio por persona enferma a personas no Inmunizadas que entren en contacto con él es del 90%. Es un virus altamente contagioso.

Por todo ello, la medida más eficaz para evitar el repunte de casos y sus complicaciones es elevar la tasa de vacunación de la población con campañas vacunales y procediendo a la inmunización de aquellas personas que no lo estuvieran con anterioridad.

5. CONCLUSIONES

En nuestro país se establece el rango de personas no inmunizadas en los adultos nacidos entre 1970 y 1980.

Se considera que los nacidos antes de 1970 estan inmunizados por haber sufrido la enfermedad en la infancia y los nacidos después de 1980 lo están gracias a las campañas vacunales que llegaron a prácticamente la totalidad de los niños.

Por ello la recomendación de la Sociedad Española de Epidemiología de la vacunación de las personas entre 40 y 50 años en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Measles outbreaks in Europe. https://ecdc.europa.eu/en/measles
2. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles
3. Luis Delpiano, Leonor Astroza y Jorge Toro. Sarampión: la enfermedad, epidemiología, historia y los programas de vacunación en Chile https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_serial&pid=0716-1018&lng=es&nrm=iso
4. La mejor protección contra el sarampión es la vacunación. https://www.fda.gov/consumers/articulos-en-espanol/la-mejor-proteccion-contra-el-sarampion-es-la-vacunacion

BIBLIOGRAFÍA

5. Ole Wichmann, Anette Siedler, Daniel Sagebiel, Wiebke
Hellenbrand, Sabine Santibanez, Annette Mankertz, Georg
Vogt, Ulrich van Treeck & Gérard Krause. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Se requerirá un mayor esfuerzo para eliminar el sarampión en Alemania: resultados de la investigación de un brote.

TEMA 228. ESTUDIOS DE RESONANCIA MAGNÉTICA CON SEDACIÓN.

REBECA RODRÍGUEZ ECHEVARRÍA
DESIRÉ FERNÁNDEZ CUESTA
LUCÍA MERA MARTÍNEZ
BELÉN BLANCO GUTIERREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- SEDACIÓN-ANESTESIA
- CONTRAINDICACIONES PARA LA RM
- MATERIAL PARA LA SEDACIÓN
- PACIENTES PEDIÁTRICOS
- PACIENTES ADULTOS
- CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

Uno de los requisitos imprescindibles para la realización de una RM es que el paciente permanezca inmóvil.
Esto resulta difícil con niños menores de seis años, o con los mayores de edad que sufran trastornos de conducta o claustrofobia.
Debido a esto necesitaremos sedar o anestesiar a pacientes que no colaboran (niños, ancianos demenciados, psiquiátricos, claustrofóbicos).

SEDACIÓN-ANESTESIA

El objetivo anestésico en el área de RM, será conseguir que el paciente se mantenga colaborador e inmóvil a lo largo de todo el procedimiento para obtener una imágenes que sean útiles para el diagnóstico.

DIFERENTES TÉCNICAS ANESTÉSICAS

El régimen anestésico más adecuado para cada caso, se seleccionará en base a la posibilidad de colaboración del paciente y a que no presente ninguna contraindicación a la anestesia.

La Academia Americana de Pediatría ha definido tres niveles de profundidad para abarcar las diferentes técnicas anestésicas que podemos utilizar: sedación consciente, sedación profunda y anestesia general.

1. Sedación consciente:

Depresión mínima de la consciencia con mantenimiento continuo de la permeabilidad de la vía aérea, respuesta adecuada a la estimulación física y a las órdenes verbales.

2. Sedación profunda:

Depresión controlada de la consciencia, de la cual el paciente no es fácilmente despertable, con pérdida parcial o total de los reflejos protectores, de la capacidad de mantener la vía aérea y de responder adecuadamente al estímulo físico o a la orden verbal.

3. Anestesia general:

Estado controlado de inconsciencia acompañado por una pérdida de los reflejos protectores, incluida la capacidad para mantener la vía aérea y la respuesta al estímulo físico y órdenes verbales.

CONTRAINDICACIONES PARA LA RM

Actualmente la única contraindicación absoluta son los pacientes portadores de marcapasos cardíacos.
Como contraindicaciones relativas, los portadores de clips vasculares en aneurisma cerebrales (los primeros tres meses de su colocación) y el primer trimestre de embarazo.

MATERIAL PARA LA SEDACIÓN

Existen una serie de materiales imprescindibles en un área donde se vaya a realizar cualquier procedimiento anestésico.

- Sistema capaz de proporcionar oxígeno.
- Fuente de succión.
- Equipamiento para monitorizar.
- Fármacos y material necesario para el manejo de la vía aérea y la reanimación cardiopulmonar.

Deberá asimismo tenerse previsto un lugar de observación para la vigilancia del paciente.

Es necesario que el personal de la RM esté familiarizado con todo este material para poder ayudar en todo momento al anestesista y sobre todo en caso de producirse algún problema derivado de esta técnica.

Todo el material debe estar visible y preparado para su utilización en cualquier momento.
Se debería tener en cuenta que el material ferromagnético externo del campo es propulsado hacia el imán, pudiendo lesionar al paciente o al personal (tijeras, agujas,...) .
El material necesario para la anestesia será afectado también, por lo que la norma es mantenerlos fuera del campo de mayor influencia del imán ya que también puede afectar la homogeneidad del campo magnético, actuando como conductores o antenas magnéticas, distorsionando la imagen final de RM.
Actualmente en el mercado existen aparatos en los que los componentes ferromagnéticos se han sustituido por plástico.
Si aparecen complicaciones el paciente debe sacarse inmediatamente del tubo del imán y preferentemente de la sala de RM.

PACIENTES PEDIÁTRICOS

Una de las principales causas de angustia es el riesgo que representa la anestesia y sobretodo cuando se trata de un niño, por lo tanto es necesario aclarar las dudas que puedan tener los padres.

Todo procedimiento que se realice administrando anestesia, representa un riesgo que debe ser considerado y explicado detenidamente a los padres.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Imprescindible que venga en ayunas.
- Los niños menores de tres meses bastará con dos horas de ayuno para líquidos claros o agua y cinco horas para leche.
- Los niños mayores de cuatro meses harán ayuno de tres horas para agua y cinco para leche.

- Información y firma del consentimiento informado por parte de los responsables del menor.

REALIZACIÓN DE LA RM

Antes del día previsto para la realización de la prueba, tienen que asistir a una visita con el anestesista, donde serán evaluados.

En este informe se le evaluará el peso, la edad, antecedentes médicos, así como alergias. También se le realizará una exploración física.

Cuando el paciente llegue al servicio de RM, se le hará pasar a una sala de observación acompañado por su padre o madre y nos aseguraremos de que el paciente no presenta ninguna contraindicación para someterse a un campo magnético, así como que está en ayunas.

PREPARACIÓN PARA LA SEDACIÓN-ANESTESIA

- Se coloca al paciente en una camilla y se le administra midazolam vía nasal. Se le deja unos minutos hasta que la medicación comience a hacer efecto.
- Se hace salir al acompañante y se pasa al paciente a la sala de RM, donde se le coloca en la posición que vayamos a necesitar para realizarle la prueba así como las bobinas necesarias.
- Evitar en todo momento una posible bajada de la temperatura corporal.
- Colocar una vía intravenosa con un suero glucosado.
- Monitorizar al paciente.
- Administrar oxígeno.
- Preparar la bomba de infusión con el material anestésico

Una vez realizada la prueba procederemos a sacar al paciente de la sala de RM y pasarlo a una sala de observación donde se permitirá pasar a un acompañante.

PACIENTES ADULTOS

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Asegurarse que paciente haya guardado un ayuno de 6 horas previas a la exploración.
- Valorar patologías asociadas.
- Información sobre la ayuda que puede tener para la vuelta a su domicilio.
- Información y firma del consentimiento informado.

REALIZACIÓN DE LA RM

Cuando llega el paciente le haremos pasar a un vestuario donde dejará su ropa, así como todas sus pertenencias y se le proporcionará una bata.

Le realizaremos un cuestionario para asegurarnos de que no presenta ninguna contraindicación para someterse a la prueba.

Lo pasaremos a la sala de observación donde lo valorará el anestesista.
En caso de pacientes no cooperantes, serán acompañados por un familiar para la valoración.
Los pacientes que no representan ninguna incapacidad, en el momento de realizarles la prueba, serán informados de “como es la prueba”, del tiempo, de la importancia de la inmovilidad, del ruido,...
Se les pondrá a su disposición todos los recursos posibles como darles una especie de timbre, por si necesitasen comunicarse con nosotros, se les dirá que pueden estar acompañados de alguna persona para poder superar la prueba. Cuando pese a todo esta ayuda el paciente no se siente capaz de colaborar se procede a dormirlo.
Los pacientes adultos necesitarán anestesia-sedación por diferentes causas:

- No colaboradores (retraso mental, demencia, psiquiátricos) .
- Claustrofóbicos.
- Los que presentan movimientos involuntarios.
- Los que tienen mucho dolor.

Dependiendo del tipo de paciente se realizará una sedación u otra.

PREPARACIÓN PARA LA SEDACIÓN-ANESTESIA

- El paciente deberá colocarse en posición de decúbito supino sobre una camilla para la colocación de una vía intra venosa
- Cuando el paciente esté más tranquilo se le pasará a la sala de RM donde se le colocará en la posición que necesitemos así como las bobinas necesarias.
- Monitorizar al paciente.
- Administración de oxígeno.

- Preparación de la bomba de inyección con el material anestésico para una administración continua.
- Realización de la RM controlando al paciente en todo momento.
- Una vez acabada la prueba lo haremos pasar a la sala de observación y haremos pasar a un acompañante para estar con él.
- Una vez cumpla los criterios de alta podrá marcharse.

CONCLUSIONES

Como ya se ha dicho el objetivo anestésico en el área de RM, será conseguir que el paciente se mantenga colaborador e inmóvil para obtener una imágenes que sean útiles para el diagnóstico.

Se ha de pensar que la RM es una exploración simplemente diagnóstica, y que por lo tanto se ha de tener en cuenta la relación riesgo-beneficio a la hora de la elección de la técnica anestésica.

Como norma, debe procurarse el nivel de sedación-anestesia más ligero que permita el procedimiento y utilizar el menor número de fármacos posibles.

BIBLIOGRAFÍA

- Delgado Jorge Andrés, Abad Pedro, Angel Gabriel Jaime, Llano Juan Fernando, Gómez Francisco Javier, Calvo Víctor Daniel. Uso de sedación profunda asistida por un anestesiólogo en resonancia magnética para población pediátrica. Rev. colomb. anestesiol. [Internet]. 2010 Dec [citado 2019 Sep 08]
- American Society of Anesthesiologists. Practice advisory on anesthetic care for magnetic resonance imaging: An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on anesthetic care for magnetic resonance imaging.Anesthesiology. 2015;122:495–520.
- Metzner J, Domino KB. Risks of anesthesia or sedation outside the operating room: The role of the anesthesia care provider. Curr Opin Anaesthesiol. 2010;23:523–31.

TEMA 229. EL ADMINISTRATIVO DE LA SALUD: SEDENTARISMO LABORAL.

- JOSE MANUEL GARCIA PEREZ
- BENJAMIN CASTAÑO COTA

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN

El personal administrativo tiene un trabajo que requiere estar muchas horas sentado. Las nuevas tecnologías han conseguido que la mayor parte de los empleos hoy en día se realicen sentados. Es muy habitual trabajar en un centro sanitario, con un ordenador, y tener la necesidad de pasar ocho horas diarias sentado frente a él y con las manos en un teclado.

Debido a esto, existen muchos riesgos para la salud que hay que tratar de evitar buscando formas de mantenerse activo.

Cada vez se hace menos ejercicio y, cuando se dispone de tiempo para dedicarlo a actividades de ocio que movilicen físicamente, la actitud es quedarse en casa, frente al televisor o delante de un ordenador.

Un estilo de vida activo mejora las sensaciones de bienestar general y la salud, siendo el sedentarismo uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población.

2. OBJETIVOS

- Concienciar a los que desarrollamos nuestro trabajo en oficinas, centros sanitarios, hospitales…etc de que todo movimiento que hagamos para alejarnos del sedentarismo equivale a una mejor calidad de vida, a sentirnos bien e incluso a lograr un mejor rendimiento laboral

- Evitar en la medida de lo posible caer en una vida carente de ejercicio físico ya que facilita todo tipo de enfermedades

- Ofrecer simples pautas para ser físicamente activos en el centro de trabajo

3. MÉTODO

Se puede minimizar el sedentarismo con algunas pautas:

- Evitar el ascensor y subir por las escaleras: Es preferible utilizar las escaleras siempre que la distancia entre una planta y otra no sea excesivamente larga

- Caminar durante la jornada laboral: Levantarse de la silla cada hora y realizar pequeños paseos por la oficina activa la musculatura de las piernas.

- Hacer ejercicios de estiramiento sencillos**:** expandir y contraer los dedos durante 10 segundos, bajar con las manos la nuca suavemente o estirar la espalda con los brazos entrelazados

- Cambiar de postura cada 20 minutos
- Aprovechar las esperas al máximo dando pequeños paseos para estirar las piernas
- Modificar el tipo de ocio hacia un ocio activo y no sedentario
- Las pausas activas : son ejercicios breves de estiramiento y movilidad articular que comprenden a las zonas más afectadas por el sedentarismo: las manos y los brazos, las piernas, el cuello, las cervicales, pero también los ojos

- Hay numerosos ejercicios para poner en práctica en ese breve lapso de tiempo, como realizar movimientos circulares de cadera, estirar los brazos, girar la cabeza a los lados, arriba y abajo, encoger los hombros, realizar movimientos circulares de tobillo, frotar suavemente los ojos.. etcétera

- También, intenta descansar tus ojos, tantas horas frente a los monitores, suelen agotar mucho tu vista, así que cada media hora echa un vistazo a otros objetos, así puedes evitar su irritación y los dolores de cabeza.

4. RESULTADOS

Se ha demostrado que sentarse durante un período prolongado está relacionado con la obesidad, la diabetes tipo 2 y un mayor riesgo de muerte por enfermedad cardíaca y cáncer. Por ello debemos tratar de mantener un estilo de vida activo al salir de nuestro centro de trabajo.

Las personas que permanecen durante su jornada laboral más tiempo sentadas son también las que tienen el doble de posibilidades de desarrollar una diabetes del tipo 2 o algún tipo de enfermedad cardiovascular. Aún más, un 13 % podría sufrir cáncer, en algún momento de su vida, y hasta un 17 % podría llegar a tener una muerte prematura.

Hoy en día se observa que el no realizar actividad física afecta en muchos ámbitos de la vida diaria y uno de ellos es el ámbito laboral, por este motivo surgen diversos problemas .

En la medida que la gente no tiene grandes demandas de esfuerzo físico en su trabajo y no realiza actividades físicas periódicas, ingresa al sedentarismo. Se considera al sedentarismo como causa incidente en el estrés laboral, es así que se ve la necesidad de implementar ejercicios de actividad física, ya que es parte elemental en nuestras vidas

5. CONCLUSIONES

Por más productivo que se intente ser en el trabajo, estar tantas horas sentado frente a una pantalla es perjudicial para la salud. Falta de energía, mal humor, estrés, dolores musculares y propensión a sufrir múltiples enfermedades, son sólo algunas de estas consecuencias. Así que hay que obligarse a realizar ejercicio y cuidar nuestra salud

Con relación a la edad, el sedentarismo aumenta a medida que avanza la edad. Con ello, la calidad de vida de las personas sedentarias disminuye significativamente respecto a aquellas no sedentarias

El ejercicio en las empresas no solo puede ayudar a mejorar las condiciones de productividad, sino que también podrá colaborar en la prevención de enfermedades que son incompatibles con un buen rendimiento en el trabajo, como los cambios en el humor, las pérdidas de memoria o incluso la depresión.

A pesar de que, fuera de la jornada laboral, se puede ser muy activo, físicamente, permanecer inmóviles, en el momento de realizar un trabajo, durante ocho horas, en la oficina, puede pasar factura al organismo.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a salud.. Rosa M. García Pérez, René G. García Roche, Dianelys Pérez Jiménez, Mariano Bonet Gorbea. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología 2007, 45 (1)

- https://www.cerem.es/blog/activos-frente-al-sedentarismo-laboral

- https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sedentarismo-laboral-saber-pasando-factura

TEMA 230. SEGURIDAD DEL PERSONAL HOSPITALARIO.

- JOSE DÍAZ FERNANDEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- PRECAUCIONES UNIVERSALES ESTANDAR
    1. LAVADO DE MANOS
    2. ELEMENTOS DE PROTECCION DE BARRERA
    3. MANEJO DE OBJETOS CORTANTES O PUNZANTES
    4. VACUNACIONES
    5. RADIACIONES IONIZANTES
    6. ACTUACION ANTE SITUACIONES CONFLICTIVAS

INTRODUCCION

Cuando hablamos de seguridad del personal hospitalario nos referimos al conjunto de medidas técnicas y procedimientos cuyo objetivo es eliminar o disminuir el riesgo de producirse accidentes de trabajo

PRECAUCIONES UNIVERSALES ESTANDAR

1. LAVADO DE MANOS

La higiene de manos es la primera medida para evitar la transmisión de la infecciones y enfermedades. Esta técnica tendrá que realizarse antes y después de tocar a un paciente.

TIPOS DE LAVADOS DE MANO:

- LAVADO DE RUTINA HIGIÉNICO

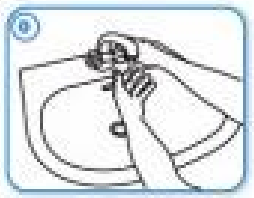
Su objetivo es eliminar la suciedad de las manos, así como la flora transitoria y la materia orgánica.

Para ello se usara el jabón liquido ordinario mediante dosificador. Y se deberá secar con una toalla de papel que después se desechara.

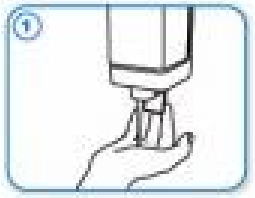
Para una buena técnica se humedecerán las manos con agua templada, se aplicara el jabón liquido y se frotara palma con palma y muñecas durante al menos 10 segundos.
Seguidamente se aclararan con abundante agua corriente y se secaran con toallas de papel.
Para cerrar el grifo se usara la toalla de papel utilizada pero nunca se tocara de nuevo el grifo.

Este tipo de lavado deberá realizarse antes y después de cada contacto con cualquier paciente, después del contacto con cualquier fuente de microorganismos u objetos contaminados con suciedad, si se sospechase de contaminación de las manos entre dos procedimientos a un mismo paciente y además, después de quitarse los guantes.

Duración de todo el procedimiento: 40-60 seg.



Mojar las manos.



Aplicar suficiente jabón para cubrir ambas manos.

Frotar las manos palma contra palma.

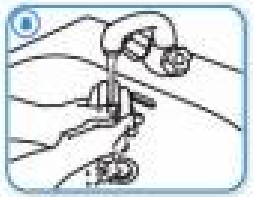
Frotar la palma de la mano derecha sobre el dorso de la izquierda entrelazando dedos y viceversa.

Frotar palma contra palma entrelazando dedos.

Frotar dorso de los dedos contra palma opuesta ajustando los dedos.

Frotar con rotación de pulgar izquierdo contra la palma derecha ajustando los dedos y viceversa.

Frotar adelante y atrás las yemas y uñas de los dedos de la mano derecha sobre la palma de la mano izquierda y viceversa.



Aclarar las manos con agua (no dejar restos de jabón para evitar lesiones en la piel).

Secar bien las manos con una toalla de un solo uso.

IMPORTANTE: Usar la toalla de un solo uso para cerrar el grifo.

Las manos son ahora **seguras**.

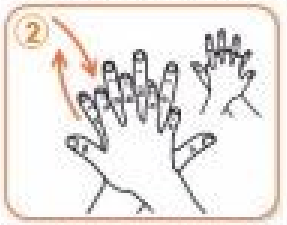
- LAVADO ESPECIAL O ANTISÉPTICO

Su objetivo es eliminar la suciedad de las manos, así como la materia orgánica y flora transitoria además de la flora residente y la actividad microbiana residual.
Para este lavado se usara jabón líquido con antiséptico en dispensador desechable con dosificador y para el secado una toalla de papel desechable.
Esta técnica es sencilla, se hará igual que la técnica de lavado higiénico pero cambiaremos el jabón por el jabón antiséptico.
Este tipo de lavado se realizara para procedimientos invasivos como inserción de catéteres, sondas vesicales. Siempre antes y después del contacto con pacientes que se sospeche que estén infectados o colonizados por microorganismos epidemiológicamente importantes.
Y antes del contacto con pacientes inmunocomprometidos o en situaciones de riesgo.

Duración de todo el procedimiento: 20-30 seg.

Aplicar una cantidad suficiente de solución: si es un dosificador, una pulsación completa. Si es un bote, calcular una cantidad suficiente para cubrir ambas manos.

Frotar las manos palma contra palma.



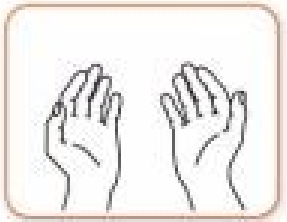
Frotar la palma de la mano derecha sobre el dorso de la izquierda entrelazando dedos y viceversa.

Frotar palma contra palma entrelazando dedos.

Frotar dorso de los dedos contra palma opuesta ajustando los dedos.

Frotar con rotación de pulgar izquierdo contra la palma derecha ajustando los dedos y viceversa.

Frotar adelante y atrás las yemas y uñas de los dados de la mano derecha sobre la palma de la mano izquierda y viceversa.



Una vez secas, las manos son **seguras**. NO SOPLAR para acelerar.

IMPORTANTE: No usar guantes antes de estar totalmente secas.

- LAVADO QUIRÚRGICO

El objetivo de este lavado es eliminar la flora transitoria y la residente al máximo previo procedimiento invasivo por su especificidad o duración y que requiere un alto grado de asepsia.

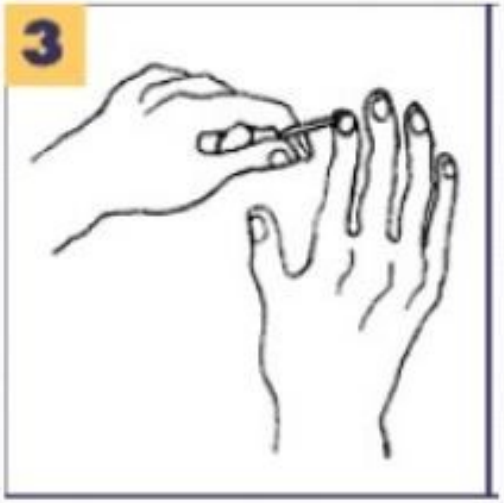
Para ello se usara jabón liquido con antiséptico en dispensador desechable con dosificador, un cepillo para las uñas desechable y una toalla o compresa estéril.

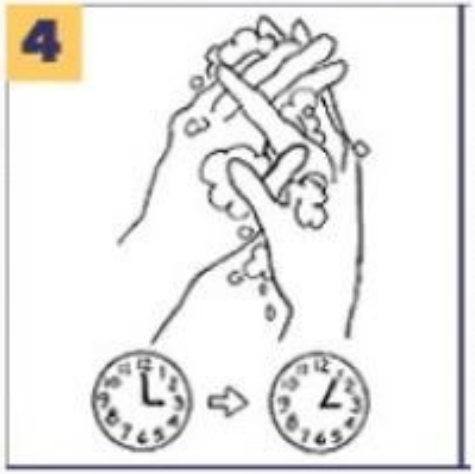
Para este lavado la técnica requiere un poco más de tiempo y cuidado que las anteriores. Se empezara abriendo el grifo pero solo se usara lavabos con sistema de codo o pedal, se aplicara el jabón antiséptico. Y se comenzara un lavado mecánico de manos y antebrazos, limpiando debajo de las uñas con un cepillo desechable.

Se aclarara nuevamente con abundante agua y se secara por aplicación y sin frotar, con una compresa o toalla desechable estéril comenzando por los dedos hasta los codos. Durante el proceso de secado las manos deberán mantenerse por encima de los codos.

Este lavado se hará previamente a una intervención quirúrgica y antes de cualquier maniobra invasiva que requiera un alto grado de asepsia.

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO





- RECOMENDACIONES

Es recomendable mantener las uñas cortas y limpias, puesto que las uñas largas aumentan el riesgo de rotura de guantes. No se debe llevar uñas artificiales.

Los anillos y las pulseras pueden actuar como reservorio de microorganismos además de dificultar la limpieza de las manos y antebrazos.

Se aconseja usar cremas y lociones protectoras e hidratantes después de la actividad laboral. Mantener en la vida personal una piel cuidada ayuda a que ésta presente una mayor resistencia a tener germenes.

2. ELEMENTOS DE PROTECCION DE BARRERA.

Los elementos de protección de barrera se refieren a todo tipo de equipo, o dispositivo, destinado a proteger al trabajador de uno o varios riesgos y aumentar su seguridad o su salud en el trabajo. Entre ellos podemos contar con:

- Guantes: es una de las medidas más importantes y se utilizarán al manejar sangre, tejidos o fluidos corporales potencialmente contaminados, objetos materiales o superficies contaminadas y al realizar procedimientos invasivos.

- Mascarillas: Se utilizaran siempre que sea posible la producción de salpicaduras de sangre o fluidos corporales, o cuando se vaya a producir un contacto con pacientes en aislamiento o enfermedades tipo tuberculosis.

- Protección ocular: Se utilizara siempre que sea posible la producción de salpicaduras de sangre o fluidos corporales, además de las medidas necesarias para el trato de pacientes en aislamiento.

- Batas y delantales impermeables: Siempre que la producción de salpicaduras de fluidos corporales sea en grandes volúmenes.

3 . MANEJO DE OBJETOS CORTANTES O PUNZANTES.

Se extremara el cuidado de su manejo durante su utilización, al limpiarlos y al eliminarlos. Nunca se encapuchara una aguja ya utilizada ni se someterá a ninguna manipulación.

La eliminación de agujas se realizara mediante de contenedores rígidos de seguridad y estos se eliminaran a ser posible por la persona que lo ha utilizado y respetando en todo momento la línea de llenado máximo de los contenedores.

Nunca se abandonaran los objetos de riesgo en superficies que puede coger cualquiera, ni en ropa que irá a lavandería, ni en bolsas de plástico, ni mucho menos en cubos de basura normales.

4. VACUNACIONES.

Todo el personal trabajador de un centro hospitalario deberá estar al corriente y debidamente vacunado, muy importante la vacunación antihepatitis B.

5. RADIACIONES IONIZANTES

A la hora de realizar cualquier protección de Rayos X se recomienda estar a una distancia mínima de 1-2 metros de la proyección.

6. ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES CONFLICTIVAS

En cuanto incidentes lo primordial es intentar evitar que ocurran, un buen plan de prevención y actuación es lo mans importante para evitar situaciones conflictivas.

En caso en que se desarrolle una agresión se deberá dejar todo sin tocar y comunicar la debida agresión al responsable en ese momento. Procediendo a emitir un parte de lesiones correspondiente en el registro de comunicación interna de agresiones.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:**

Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid.

- **Página WEB :**

http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/NORMA%20FUNCIONAL%20DE%20LA%20UNIDAD%202%20II.pdf

https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos

https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/GTHS02.pdf

www.seguiridaddelpaciente.es

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

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN

Las demencias no solo abarcan una problemática en la esfera cognitiva, sino que además se desarrollan síntomas psicológicos y conductuales, definidos por la Update Consensus Conference (1999) como "*síntomas de la alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta, que ocurren con frecuencia en pacientes con demencia*."

Estos síntomas provocan una disminución de la calidad de vida de las personas que los sufren, ya que inciden en la salud física, funcional y emocional de los sujetos con demencia.

Se consideran síntomas psicológicos y conductuales de la demencia la ansiedad, irritabilidad, euforia, delirios, alucinaciones, apatía, agitación, agresividad, abulia cognitiva, trastornos del apetito y trastornos del sueño, entre otros.

Con respecto al tratamiento de estos síntomas, es recomendable el uso de terapias no farmacológicas como primera estrategia terapéutica cuando éstos son leves.

Dentro del tratamiento no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales se encuentran las terapias de estimulación, que incluye la musicoterapia.

Según la Federación Mundial de Musicoterapia, la musicoterapia *"es el uso profesional de la música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades, buscando optimizar su calidad de vida y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar".*

2. OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como finalidad dar respuesta a los siguientes objetivos:

- Conocer el beneficio de la musicoterapia sobre los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.
- Explorar si la musicoterapia produce efectos beneficiosos a corto y largo plazo sobre los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre artículos presentes en la literatura científica que estudien el beneficio de la musicoterapia en síntomas psicológicos y conductuales desarrollados en la demencia.

Se ha llevado a cabo una búsqueda en varias bases de datos, tales como Pubmed, Scielo, Wos of Science, ScienceDirect y Lilacs.

En cuanto a los criterios de inclusión, los estudios deben mostrar la relación entre la aplicación de la musicoterapia y el resultado de ésta sobre los trastornos de conducta de personas con demencia. Además, los artículos tienen que estar publicados en los últimos 10 años.

Las palabras clave son: síntomas conductuales, demencia y musicoterapia

4. RESULTADOS

La literatura muestran que la musicoterapia produce mejoras significativas en los síntomas depresivos y la ansiedad en comparación con el cuidado estándar. Del mismo modo, varios estudios defienden una reducción estadísticamente significativa del nivel de agitación tras las sesiones de musicoterapia.
Asimismo, se describen mejoras en los niveles de apatía, así como de la capacidad comunicativa estadísticamente significativos tras el programa musical.

Con respecto a los síntomas conductuales, se describe la reducción del comportamiento agitado, físicamente agresivo y verbalmente agresivo.

Otros efectos positivos observados tras las sesiones de musicoterapia incluyen mejoras en los niveles de agitación, agresión, angustia, alucinaciones, desinhibición e irritabilidad. De manera similar, se muestra que un programa musical pasivo disminuye el estrés, evoca recuerdos positivos y estimula la risa, y un programa musical interactivo reduce las alteraciones afectivas, ansiedades, fobias, paranoias, delirios, agresividad y perturbación de la actividad.

En cuanto a los efectos positivos de la musicoterapia a largo plazo, diversos artículos muestran la permanencia de los efectos beneficiosos hasta 2 semanas, manteniéndose hasta 2 meses en algunos casos.

5. CONCLUSIONES

Tras la realización de la presente revisión, se pueden llegar a las siguientes conclusiones:

- La musicoterapia tiene efectos beneficiosos sobre los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia.
- La musicoterapia produce efectos beneficiosos a corto y medio plazo sobre los síntomas psicológicos y conductuales. Sin embargo, no se encuentran dichos efectos a largo plazo.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Pérez Romero A, González Garrido S. La importancia de los síntomas psicológicos y conductuales (SPCD) en la enfermedad de Alzheimer. Neurología. 2018;33(6):378-384
- Garrido Picazo MM. Síntomas psicológicos-conductuales de las demencias y su tratamiento. Semergen. 2008;34(9):444-449
- Abizanda P, López Jiménez E, López Ramos B, Romero L, Sánchez Jurado PM, León M, et al. Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):238-243
- Rodríguez D, Formiga F, Fort I, Robles MJ, Barranco E, Cubí E. Tratamiento farmacológico de la demencia: cuándo, cómo y hasta cuándo. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriatría y Gerontología. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(5):228-233

- García Valverde. Intervenciones no farmacológicas. Musicoterapia en personas con demencia. 1a ed. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO);2014
- Jiménez Palomares M, Rodríguez Mansilla J, González López MV, Rodríguez Domínguez MT, Prieto Tato M. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;48(5):238-242
- Han P, Kwan M, Chen D, Yusoff SZ, Chionh HL, Goh J, et al. A Controlled Naturalistic Study on a Weekly Music Therapy and Activity Program on Disruptive and Depressive Behaviors in Dementia. Dement Geriatr Cogn Disord. 2010;30:540–546
- Sung HC, Chang AM, Lee WL. A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. J Clin Nurs. 2009;19:1056–1064

- Sung HC, Lee WL, Li TL, Watson R. A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. Int J Geriatr Psychiatry 2012;27:621–627
- Wang SC, Yu CL, Chang SH. Effect of music care on depression and behavioral problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal Study. Aging & Mental Health. 2015
- Ridder AM, Stige B, Qvale LG, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. Aging & Mental Health. 2013;17(6):667-678
- Ray K, Dassa A, Maier J, Davis R, Ogunlade O. Caring for Individuals with Dementia on a Continuum: An Interdisciplinary Approach Between Music Therapy and Nursing. Dementia. 2016;16:428-447
- Tang Q, Zhou Y, Yang S, Smith G, Yang Z, Yuan L, et al. Effect of music intervention on apathy in nursing home residents with dementia. Geriatric Nursing. 2018.

- Lin H, Chu H, Yang C, Chen CH, Chen SG, Chang HJ, et al. Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2011;26:670–678.
- Chang FY, Huang HC, Lin KC, Lin LC. The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. J Clin Nurs. 2008;19:939–948
- Choi AN, Lee MS, Cheong KJ, Lee JS. Effects of group music intervention on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: a pilot-controlled trial. Inter J Neuroscience. 2009;119:471–481
- Sakamoto M, Ando H, Tsutou A. Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. Inter Psychogeriatr. 2013;25(5):775–784
- Narme P, Tonini A, Khatir F, Schiaratura L, Clement S, Samson S, et al. Non pharmacological treatment for Alzheimer's disease: comparison between musical and non-musical interventions. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2012;10(2):215-24

- Guétin S, Portet F, Picot MC, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, et al. Effect of Music Therapy on Anxiety and Depression in Patients with Alzheimer's Type Dementia: Randomised, Controlled Study. Dement Geriatr Cogn Disord. 2009;28:36–4
- Lyu J, Zhang J, Mu H, Li W, Mei C, Qian X, et al. The Effects of Music Therapy on Cognition, Psychiatric Symptoms, and Activities of Daily Living in Patients with Alzheimer's Disease. J Alzheim Dis. 2018

TEMA 232. INFLUENCIA DEL CONSUMO TEMPRANO DE CANNABIS EN LA APARICIÓN DE TRASTORNOS PSICÓTICOS.

- LUZ MARÍA SABATER GARCÍA

ÍNDICE

- Introducción
- Causalidad
- Relación epidemiológica
- Conclusiones

Introducción

El consumo de cannabis en nuestro país continúa en aumento de forma progresiva pero marcada. El Ministerio de Sanidad cifra en un 7,3% el porcentaje de españoles que han declarado haber consumido marihuana durante el último mes. Es decir, unos 322.000 ciudadanos fuman habitualmente porros en España. Los adolescentes de entre 15 y 17 años duplican en el consumo de cannabis a los mayores de 35 (12,6 % frente a 5,5 %) según la encuesta de Sanidad (1).

El informe de 2017 (2) de Proyecto Hombre sitúa en los 16,5 años la edad de inicio en el consumo de marihuana. El primer porro se fuma cada vez antes. Un dato muy relacionado con el descenso en la percepción del riesgo que los españoles tenemos de esta droga.

Causalidad

De acuerdo con la información contenida diversas revisiones sistemáticas, es clara la asociación entre el consumo de cannabinoides en población adolescente y un incremento posterior de la incidencia del diagnóstico de psicosis; aunque, no puede asegurarse una relación causal por el momento. De hecho, el sumario de evidencia de Uptodate sobre el consumo de cannabis resume que existe una evidencia sustancial de que el consumo crónico de cannabis, especialmente durante la adolescencia, se asocia con el desarrollo posterior de esquizofrenia. Sin embargo, los mecanismos responsables de la asociación entre el consumo de cannabis y la esquizofrenia siguen sin estar claros. Además, el consumo de cannabis puede causar una psicosis aguda en algunos usuarios y que se desconoce si este efecto agudo está relacionado con el desarrollo de la esquizofrenia asociada con el uso crónico de cannabis (3).

Paralelamente, otros sumarios de evidencia resumen que los estudios observacionales sugieren asociación entre el cannabis y la esquizofrenia, pero no está claro si esta asociación es causal o podría tener otras explicaciones, como (4):

* Causa inversa, donde la psicosis aumentara el riesgo de consumo de cannabis entre otras drogas.
* Sesgo de memoria, a partir de la autodeclaración, cuando los pacientes con psicosis sobreestiman el consumo de cannabis.
* Factores de confusión, cuando existen factores de riesgo tanto para el consumo de cannabis como para desarrollo de esquizofrenia. Estos factores de riesgo podrían ser abusos, trauma infantil o efectos genéticos subyacentes.

Relación epidemiológica

Las revisiones sistemáticas que tratan el tema coinciden todas en encontrar una asociación entre consumo de cannabis y mayor frecuencia posterior de psicosis. En las dos más recientes, publicadas ambas en 2016 (5,6) niveles más altos de consumo de cannabis se asociaron a mayor riesgo de psicosis en todos los estudios que se incluyeron, con una "odds ratio" de 3.90 para el riesgo de esquizofrenia entre los usuarios de mayor consumo de cannabis en comparación con no consumidores. Por este motivo, aunque no se puede establecer inequívocamente un vínculo causal, existe suficiente evidencia para justificar los programas de prevención basados en la reducción de daños. Sin embargo, el número absoluto de consumidores de cannabis que se necesita que dejen de consumir cannabis para prevenir un caso de esquizofrenia por cada año se ha estimado en aproximadamente 5.000 para usuarios con un consumo elevado en hombres y entre 10.000 y 15.000 en mujeres (6).

Conclusiones

A pesar de la falta de demostración de una relación causal entre consumo temprano de cannabis y aparición de un primer brote psicótico o desarrollo de esquizofrenia, la relación epidemiológica tan marcada solo indica que investigaciones más amplias deben realizarse. Por otro lado, la relación comentada hace necesaria una intervención preventiva marcada a nivel de Salud Comunitaria y desde Atención Primaria entre la población susceptible de comenzar a consumir cannabis y la que ahora mismo lo consume.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez A, Brime B, Llorens N, Molina M, Sánchez R. ESTUDES 2016/2017 Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL; 2018.
2. Muiños M et al. Mitos y realidades sobre el cannabis. Asoc Proyec homb. 2017; 90
3. Gorelick DA. Cannabis use and disorder: Epidemiology, comorbidity, health consequences, and medico-legal status. This topic last updated: Feb 15, 2018. En Uptodate, Andrew J Saxon, (Ed),UpToDate, Waltham, MA, 2018.

4. DynaMed Plus [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 912360, Adverse effects of cannabinoids; [2017 Mar 12, consultado el 22 de febrero de 2018]; [20 pantallas aproximadas]. Disponible en: http://www.dynamed.com/login.aspx?direct=true&site=DynaMed&id=912360.
5. Zammit S, Moore TH, Lingford-Hughes A, Barnes TR, Jones PB, Burke M, Lewis G. Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: systematic review. Br J Psychiatry. 2008 Nov;193(5):357-63.
6. Minozzi S, Davoli M, Bargagli AM, Amato L, Vecchi S, Perucci CA. An overview of systematic reviews on cannabis and psychosis: discussing apparently conflicting results. Drug Alcohol Rev. 2010 May;29(3):304-17

TEMA 233. ACCIDENTES DE TRÁFICO URBANO. TIPOLOGÍA LESIONAL.

- JUAN CARLOS BOADA VERA
- VERÓNICA MÉNDEZ PRADA

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos del estudio
- Material y método
- Ocupantes afectados
- Tipos de impactos y lesión
- Resultados
- Conclusiones

INTRODUCCIÓN

Se trata de un análisis basado en una muestra de 500 lesionados de tráfico urbano e interurbano en la provincia de Sevilla, donde estudiaremos las lesiones más frecuentes así como la relación existente entre el tipo de impacto recibido en el vehículo y la zona lesionada tras ese impacto.

OBJETIVOS

- Estudiar la prevalencia de accidentes de tráfico en la ciudad de Sevilla y alrededores.
- Comprobar la relación existente entre el tipo de colisión y zona de lesión.
- Análisis del tiempo de recuperación trascurrido desde el inicio del tratamiento.

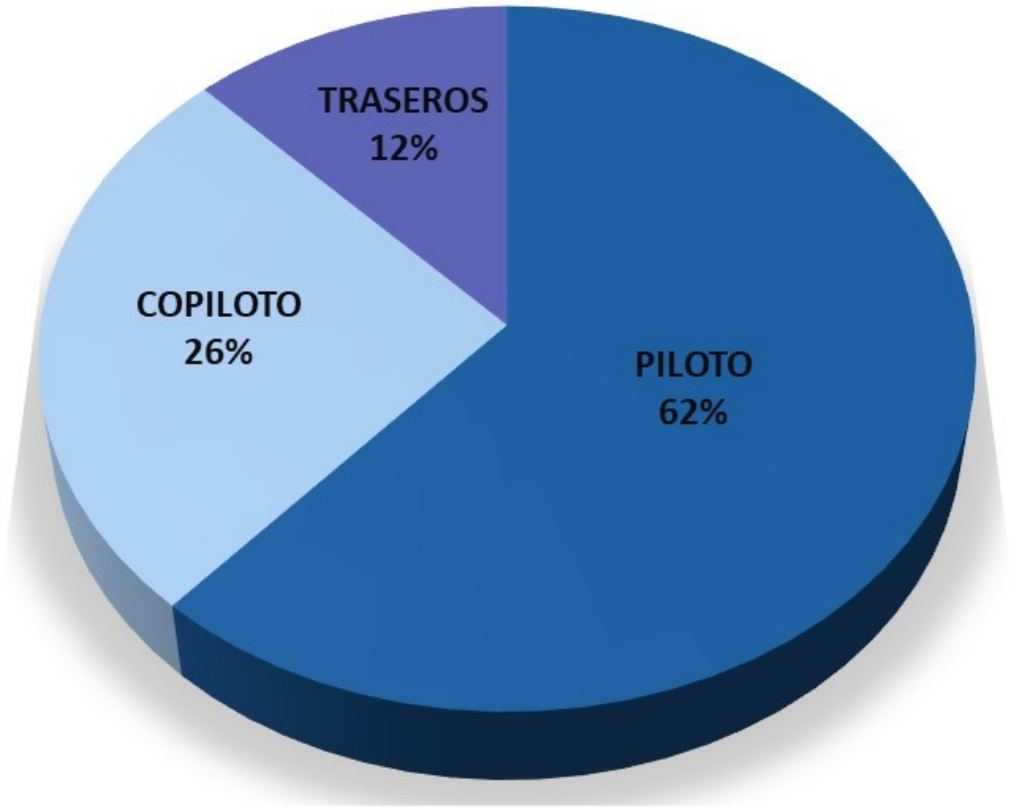
MATERIAL Y MÉTODO

- **Diseño del estudio:** se trata de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo entre 2018 y primer cuatrimestre de 2019.

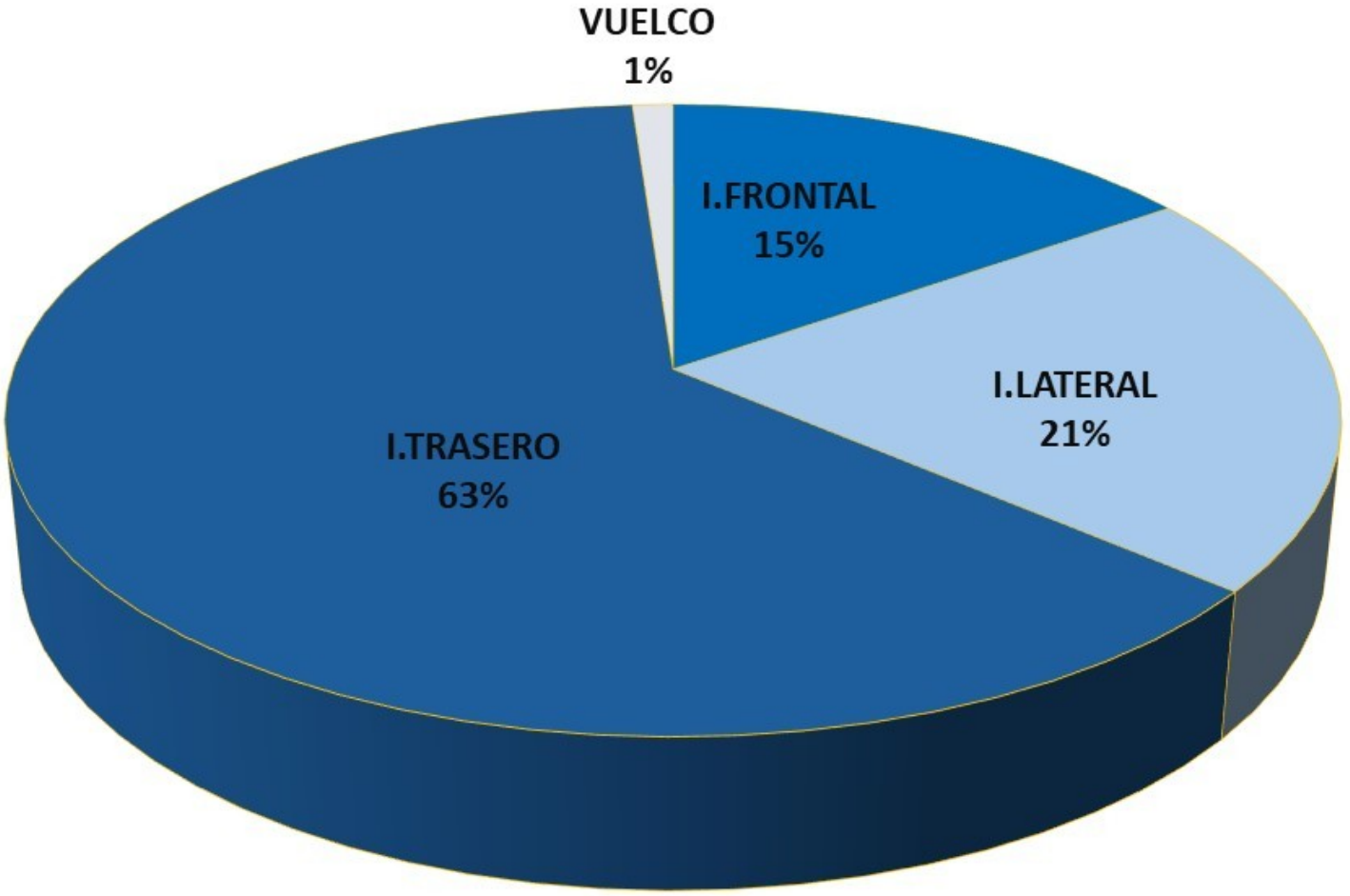
- **Población del estudio:** han participado 500 lesionados, 291 mujeres (58,2 %) y 209 hombres (41,8 %), asistidos en un centro médico de la ciudad de Sevilla. La frecuencia de edad de los lesionados está comprendida entre los 18 y 49 años, que se corresponde con el 74,6 % del total.

- **Instrumentos:** para la recogida de datos se utilizó el informe médico del lesionado, recogiendo la información necesaria en una base de datos.

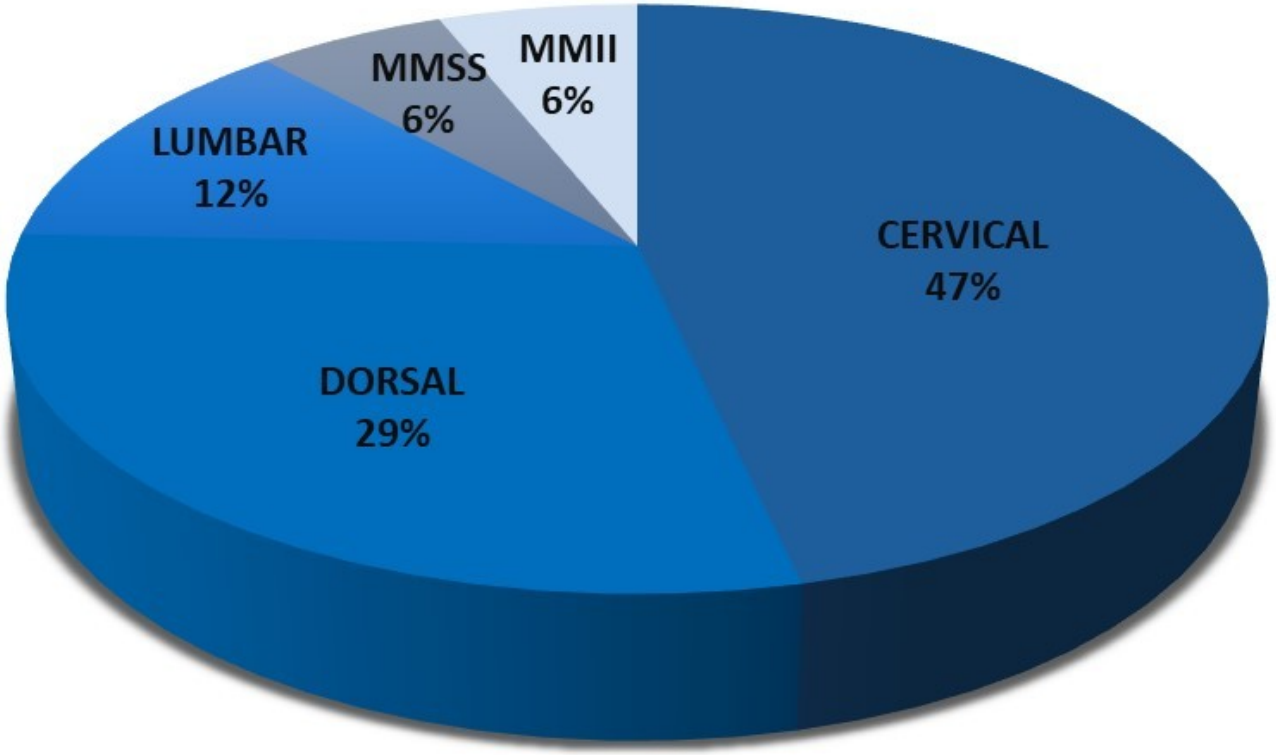
OCUPANTES AFECTADOS



TIPOS DE IMPACTOS



TIPOS DE LESIÓN



RESULTADOS

El 86,6 % de los accidentes de tráfico urbanos e interurbanos se producen en turismos, frente al 13,4 % de los producidos en ciclomotor y motocicleta. Los accidentes por vuelco solo suponen el 1,2% mientras que los impactos traseros provocan el 65,4 % de los accidentes.

El 90,2 % de los pacientes son diagnosticados de lesión cervical, siendo el 61,6 % los conductores de los vehículos.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos podemos afirmar que la cervicalgia es la lesión más frecuente en cualquier accidente de tráfico independientemente del vehículo y posición que ocupa el lesionado en el mismo.

Por otro lado, se puede comprobar que la mayoría de los accidentes de tráfico ocurren en turismo tanto en vías urbanas como interurbanas.

TEMA 234. TRATAMIENTO REHABILITADOR TEMPRANO EN LOS ACCIDENTES URBANOS, INFLUENCIA EN LA RECUPERACIÓN DEL LESIONADO.

- VERÓNICA MÉNDEZ PRADA
- JUAN CARLOS BOADA VERA

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos del estudio
- Material y método
- Tipos de lesión
- Resultados
- Conclusiones

INTRODUCCIÓN

Estudio basado en una muestra de 500 lesionados de tráfico urbano e interurbano en la provincia de Sevilla, cuyo análisis estará centrado en comprobar si existe relación entre el inicio de una rehabilitación temprana (menos de 6 días desde el accidente) y el tiempo de recuperación del lesionado, mostrando la media de sesiones necesarias para la recuperación de cada patología.

OBJETIVOS

- Estudiar si existe beneficio en una atención temprana fisioterapéutica tras un accidente de trafico.

- Comparar el tiempo de rehabilitación necesario en función a la patología provocada por el impacto.

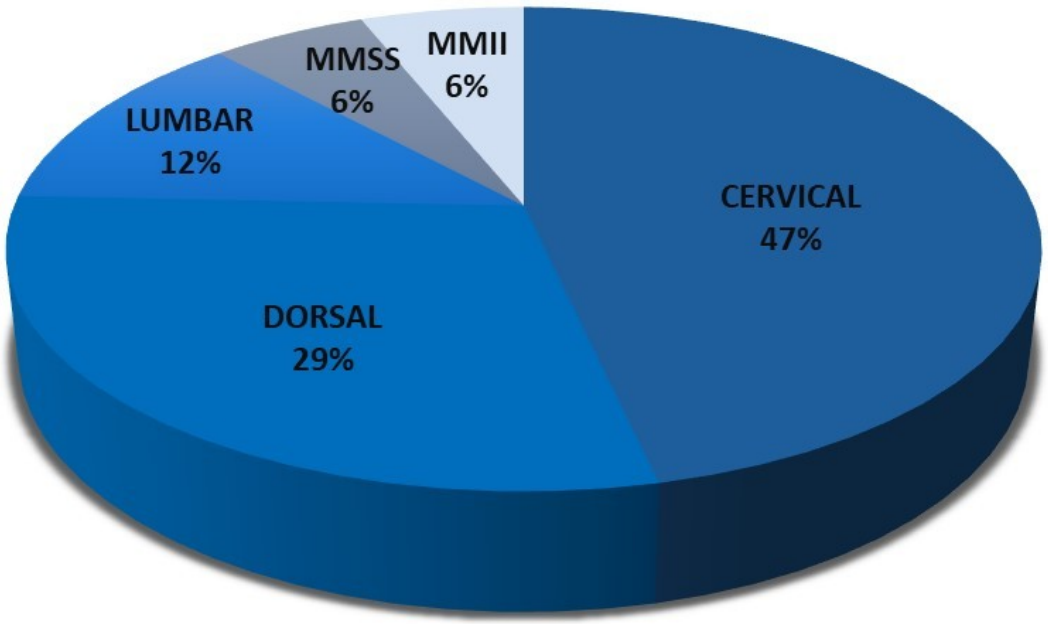
MATERIAL Y MÉTODO

- **Diseño del estudio:** se trata de un estudio descriptivo transversal llevado a cabo entre 2018 y primer cuatrimestre de 2019.

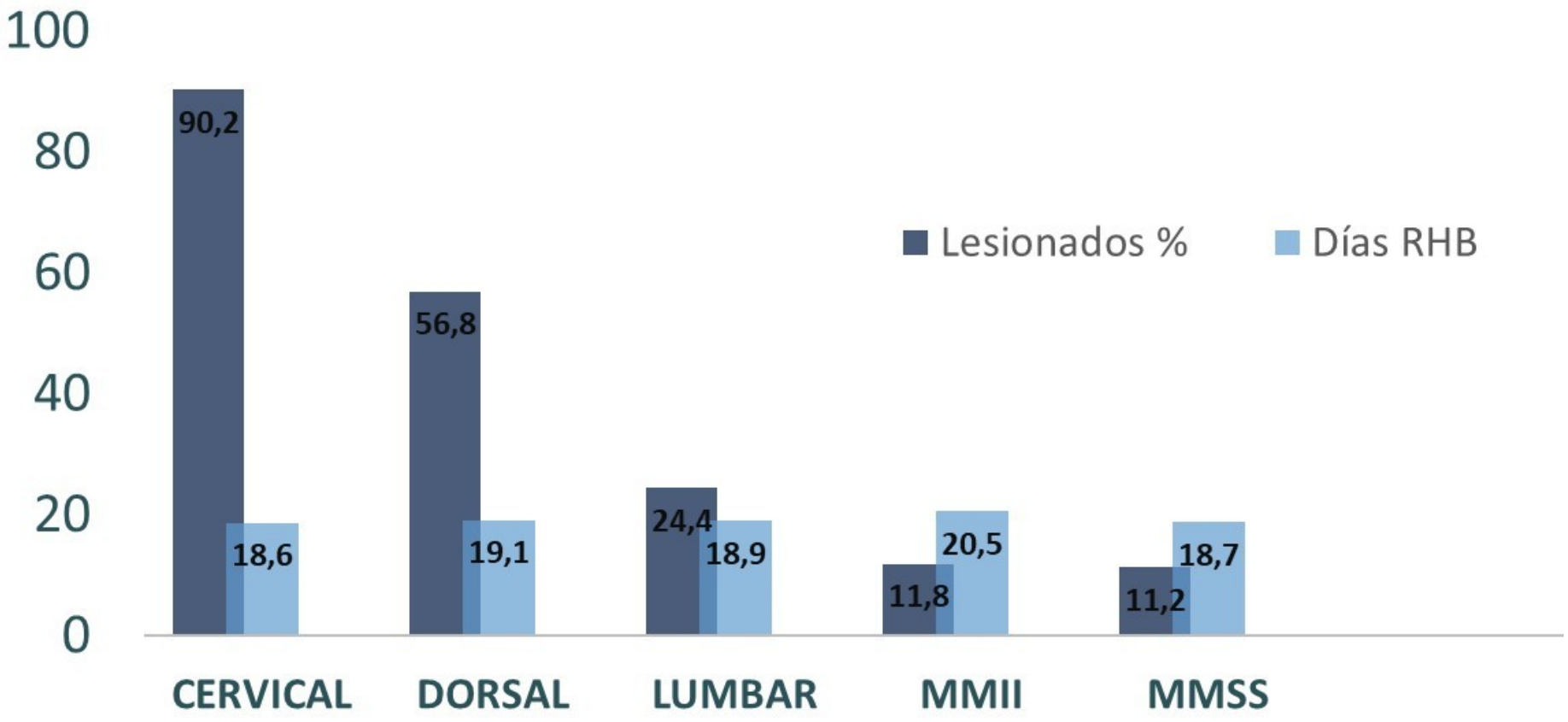
- **Población del estudio:** han participado 291 mujeres (58,2 %) y 209 hombres (41,8 %), asistidos en un centro médico de la ciudad de Sevilla.

- **Instrumentos:** para la recogida de datos se utilizó el informe médico del lesionado, recogiendo la información necesaria en una base de datos.

TIPOS DE LESIÓN



LESIÓN – DÍAS DE RHB



RESULTADOS

El 67,6 % de los lesionados ha recibido una rehabilitación temprana con una media de 18,8 sesiones, frente al 32,4 % que acudió de manera tardía donde la media de fisioterapia es de 17,8 sesiones. El 11,8 % tuvieron afectación de los miembros inferiores necesitando una media de 20,5 sesiones de rehabilitación, mientras que el 90,2 % sufrieron cervicalgia cuyo tratamiento medio fue 18,6 sesiones.

CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos se demuestra que no existe relación entre la atención temprana fisioterapéutica tras el accidente y el tiempo de recuperación, ya que los días que permanece el lesionado tratándose son prácticamente los mismos sea atendido antes de cumplir la primera semana desde el accidente o no.

Por otro lado, no se observa gran diferencia en el número de sesiones con respecto a la patología tratada, destacando un pequeño aumento en las sesiones fisioterapéuticas de los miembros inferiores a pesar de ser una patología a tratar menos frecuente en los accidentes de tráfico, con respecto a las cervicalgias que siendo las más frecuentes el número de sesiones es menor.

TEMA 235. UNA CONSIDERACIÓN SOBRE EL BURNOUT.

- M.JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ
- LYDIA WARNER PALLÁS

ÍNDICE

DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES EN SU ESTUDIO

PERFIL DEL TRABAJADOR CON BURN OUT

CARACTERíSTICAS PERSONALES

FACTORES CAUSANTES DE BURN OUT

- A nivel de organización
- A nivel de puesto de trabajo
- A nivel de relaciones interpersonales

PAUTAS PARA ALIVIAR EL BURNOUT

BIBLIOGRAFÍA

Definición de burn out y antecedentes en su estudio

- La expresión “agotamiento nervioso” traduce en este artículo el término inglés burnout, que a mediados de los años setenta empezaron a usar Herbert Freudenberger y otros investigadores para designar “un estado de extenuación derivado de tener tratos con personas en situaciones emocionalmente agotadoras”.
- Para Cristina Maslach (1976) este síndrome se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda, por ejemplo entre los sanitarios y educadores que prestan servicio al público.

- Empleamos la expresión “agotamiento nervioso” en el sentido de “condición caracterizada por agotamiento físico y emocional debido al estrés crónico relacionado con el trabajo”. (Diccionario de ciencias médicas de Stedman.) Es una patologia derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas del trabajo. Todo trabajador tiene el derecho a no estar sometidos a las distintas causas de exposición que son origen de cualquier merma de salud. En el caso del burnout se trata de riesgos psicosociales, organizativos o de ordenación del trabajo en los entornos de demandas de servicio humano. El trabajo emocional, definido como la exigencia de expresar emociones socialmente deseables durante la transacción en los servicios, es un elemento clave en el SQT(Sindrome de estar quemado).
- El que una empresa no incluya prevención de riesgos psicosociales como este repercute negativamente sobre

- la organización (mas incidentes, accidentes, absentismo, disminución de la productividiad, etc).

- PERFIL DEL TRABAJADOR CON BURN OUT
- Tal como hay personas más propensas a contagiarse de cierta enfermedad, también las hay con mayor predisposición al agotamiento nervioso. Elliot Aronson, profesor de Psicología Social de la Universidad de California, dijo: “Para quemarse, primero hay que arder”. Eso indica que los que trabajan con ardor en pro de sus metas e ideales son propensos a quemarse.

- Se dice que los que sufren agotamiento nervioso suelen ser los mejores empleados de una empresa. El profesor Fumiaki Inaoka, de la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Japonesa, escribió lo siguiente en el libro Moetsukishokogun (Síndrome de agotamiento nervioso):
- “Los que propenden a quemarse tienen una acusada tendencia a ser compasivos, humanos, refinados, dedicados e idealistas. Prefieren trabajar con personas en lugar de con máquinas”. Cualquier trabajador con una gran vocación, que se entrega a su profesión, con altos niveles de idealismo profesional y que desarrolla su trabajo centrado en el trato hacia los demás es susceptible de desarrollar burn out.

CARACTERíSTICAS PERSONALES

- alta motivación para ayudar a los demás
- alto grado de idealismo y empatía
- elevado grado de perfeccionismo
- baja autoestima
- tendencia a la sobreimplicación emocional
- perfil de conducta tipo A
- locus de control externo
- baja percepción de autoeficacia.

FACTORES ESTRESORES CAUSANTES DE BURN OUT

❖A nivel de organización:

- ✓estructura muy jerarquizada y/ o rígida
- ✓falta de apoyo instrumental por parte de la empresa
- ✓exceso de burocracia
- ✓falta de participación de los trabajadores
- ✓falta de coordinación entre departamentos
- ✓falta de formación en TiCS
- ✓falta de refuerzo o recompensa
- ✓falta de desarrollo profesional
- ✓relaciones conflictivas

❖A nivel de puesto de trabajo

- ✓sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente
- ✓desequilibrio entre responsabilidad y autonomía
- ✓falta de tiempo para atender al usuario
- ✓falta de apoyo social
- ✓tareas inacabadas permanentemente
- ✓poco poder de decisión
- ✓insatisfacción en el trabajo

❖A nivel de relaciones interpersonales:

- ✓usuarios difíciles o problemáticos
- ✓dinámica del trabajo negativa
- ✓relaciones competitivas entre compañeros
- ✓falta de colaboración entre compañeros
- ✓proceso de contagio social de burn out

PAUTAS PARA ALIVIAR EL BURNOUT

- Los puntos que se enumeran a continuación se basan en algunas de las sugerencias ofrecidas por una especialista clínica en salud mental.

1) Domine sus pensamientos, sentimientos y conducta.
2) Cuando empiece a preocuparse, cambie deliberadamente a pensamientos útiles y decisivos.
3) Cuando se sienta nervioso, respire profundamente y procure relajarse.
4) Trate de ver las situaciones desde el ángulo de la otra persona a fin de entender lo que ha generado el estrés.
5) Concéntrese en lo que le gusta de los demás y elógielos por ello. Que sus cumplidos sean merecidos, no aduladores.

6) Haga un poco de ejercicio físico todos los días: caminar deprisa le irá bien.

7) Trate a los demás con respeto, procurando que saquen a relucir sus mejores cualidades.

8) No pierda el sentido del humor ni la ilusión.

9) Deje sus problemas laborales en el trabajo.

10) Haga cada día lo que debe hacerse ese día; no lo postergue.

(Basado en el artículo “Dealing With Feelings, Beating Burnout” [Cómo afrontar los sentimientos y superar el agotamiento nervioso], de Ruth Dailey Grainger, publicado en la revista American Journal of Nursing de enero de 1992.)

BIBLIOGRAFÍA

- Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión Ginebra 18-24 de setiembre de 1984
- F. Javier Llaneza Álvarez. Ergonomía y Psicosociología Aplicada. Manual para la formación del Especialista. Editorial Lex Nova, Valladolid, 2005 (5ª edición).
- Manuel García Ferrando, Jesús Ibañez, Francisco Alvira. Análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Ed. Alianza Universal Textos, Madrid, 1994 (2ª edición)

TEMA 236. USO NO SEXISTA DEL LENGUAJE ADMINISTRATIVO SANITARIO.

- VANESSA GONZÁLEZ NARANJO
- REBECA GONZÁLEZ ARNIELLA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN:

- **¿QUÉ ES EL LENGUAJE NO SEXISTA?**
- **¿QUÉ ES EL SEXISMO LINGÜISTICO?**
- **REGLAS DEL LENGUAJE NO SEXISTA.**

OBJETIVOS
RESULTADOS
CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES EL LENGUAJE NO SEXISTA?

Es aquel que refleja nuestra realidad al completo, sin ocultar ni infravalorar a ninguna de las personas que la forman y se desarrollan en ella.

La ley orgánica 3/2007 de 22 de marzo señala la implantación de un lenguaje no sexista en el ámbito administrativo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. El principio fundamental del lenguaje es que la comunicación sea efectiva. Hay que evitar el uso sexista en los documentos administrativos.

Es necesario acompasar los cambios sociales con los cambios lingüísticos y también importante redactar los documentos administrativos incorporando un **lenguaje igualitario, no sexista, un lenguaje inclusivo y no discriminatorio.**

¿QUÉ ES EL SEXISMO LINGÜÍSTICO?

Es el uso discriminatorio del lenguaje que se hace por razón de sexo. Existe confusión entre sexo y género gramatical; mientras que el **sexo** es un rasgo biológico que poseen algunos seres vivos, el **género gramatical** es un rasgo inherente a determinados tipos de palabras que sirve para la clasificación de sustantivos en masculinos y femeninos y en el caso de adjetivos y determinantes, para establecer su concordancia.

El sexismo no está en la lengua en sí misma , sino en los usos que hacemos de ella. La cultura androcéntrica en la que convivimos refleja que el sexo comúnmente más discriminado es el femenino.

REGLAS DEL LENGUAJE NO SEXISTA

- Utilizar un lenguaje igualitario no excluyente nombrando correctamente a mujeres y hombres.
- Evitar el uso innecesario del masculino genérico porque oculta a las mujeres y produce ambigüedad.
- Hay que evitar la construcción gramatical masculina de los cargos públicos, instituciones unipersonales y órganos colegiados que son muy comunes en nuestra lengua. Nuestro idioma dispone de mecanismos suficientes para llevar a cabo esta tarea.
- Los documentos administrativos deber dirigirse a la ciudadanía con fórmulas que nombren específicamente a las mujeres cuando se conoce su sexo.

Ejemplo: Dña. Carmen Fernández Gómez
Profesora de la Universidad de León

- No es recomendable el uso de la @ ya que sólo soluciona aparentemente el problema, puesto que en el lenguaje oral no existe. Solo se debe usar como un último recurso, puesto que la alternativa al lenguaje tiene que pasar por alguno de los otros recursos mencionados anteriormente.
- El uso de la barra (/), guion (-) y paréntesis () puede ser un recurso muy adecuado para utilizar en los documentos administrativos tales como formularios, fichas, impresos de solicitud, etc. Siempre que utilicemos barras, guiones o paréntesis, debemos hacerlo en todo el documento.
- Para sustituir el masculino genérico se emplearán términos colectivos y abstractos (funcionariado, ciudadanía, persona, criatura, víctima…)
- Fomentar el uso de la feminización de los términos

OBJETIVOS

Recoger una serie de recomendaciones y orientaciones destinadas al desarrollo de un lenguaje administrativo que visualice a las mujeres y les reconozca su papel en la sociedad en igualdad de condiciones que los hombres y desvinculado de los estereotipos tradiciones de género que infravaloran al sexo femenino.

RESULTADOS

Todos las reglas expuestas anteriormente nos permiten la elaboración de textos no repetitivos, muy variados, enriquecidos, precisos y no sexistas, sin tener que renunciar a un documento de calidad. Además, la utilización de este lenguaje aumenta la calidad de los resultados del discurso. Esto es así, porque con la utilización de este lenguaje estaremos realizando textos que reflejan mejor la realidad de lo que queremos explicar y nos permiten una comunicación mejor y más concreta de lo que queremos transmitir.

Así, podemos decir que el lenguaje no es solo un transmisor de desigualdades entre hombres y mujeres, sino la clave para el fomento de esta igualdad y por esa razón, debe ser una prioridad para las distintas administraciones.

CONCLUSIONES

Las Administraciones Públicas se caracterizan por mantener una relación continua con la ciudadanía, por lo que la repercusión del lenguaje utilizado en este ámbito es muy importante.

El uso de un lenguaje sexista puede contribuir al trato discriminatorio de uno de los dos sexos.

Se observa que una de las causas de la discriminación social es la discriminación lingüística. Con lo cual, lo lógico sería pensar que si las desigualdades sociales van desapareciendo, también deberían desaparecer en la lengua. Pero esto por el momento no es así, desgraciadamente.

Por conclusión, es fundamental que en las administraciones públicas se pongan en marcha mecanismos de control para frenar el uso del lenguaje sexista y se impulse la utilización de un lenguaje administrativo correcto y no sexista.

A pesar de la gran cantidad de iniciativas y normativa sobre esta materia, la obligación de la utilización del lenguaje no sexista por los poderes públicos no se estableció hasta la publicación de la Ley 3 /2007 de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

- Medina Guerra, Antonia M. Manual del lenguaje administrativo no sexista.
- Masculino y femenino, Margaret Mead, Minerva Ediciones, 1994.

Página WEB :

- Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/lo/2007/03/22/3/con/

TEMA 237. LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN EN PROFESIONALES HOSPITALRIOS.

- SONIA MARIA PLAZA GARCIA
- BEGOÑA GARCIA VELARDE
- MARGARITA SERRANO SUAREZ

ÍNDICE

- INDICE
- OBJETIVOS
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFIA

Vacunación de los profesionales HOSPITALARIOS

OBJETIVOS

Objetivos: Concienciar a los profesionales sanitarios de la importancia que tiene la vacunación, para proteger su propia salud y evitar el riesgo de contagio.

RESULTADOS

Los profesionales sanitarios constituyen un grupo de riesgo de adquisición y transmisión de determinadas enfermedades de carácter infeccioso, muchas de las cuales pueden prevenirse aplicando los protocolos de vacunación. En el medio sanitario tenemos muchos agentes infecciosos, pero hay algunos que tienen especial relevancia, dado el contacto directo que tienen los profesionales con los mismos, mientras realizan sus actividades laborales diarias. En la gran mayoría de los casos, podemos evitar su propagación a través de una correcta vacunación del personal, ya que nos ayuda a proteger la propia salud de los profesionales sanitarios, y además evita actuar como una fuente de trasmisión de enfermedades para los pacientes

CONCLUSIONES

Los profesionales sanitarios están expuestos a riesgos biológicos, por lo que tienen mayor riesgo tanto de contraer, como de trasmitir una enfermedad infecciosa. Podemos evitar su propagación mediante una correcta vacunación del personal.

BIBLIOGRAFIA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en distintas bases de datos sobre este tema.

Vacuna y Vacunación
Fundamentos y manejo de las inmunizaciones (Raul Romero Cabello)

TEMA 238. ESTUDIO DE LA DISFAGIA MEDIANTE PRUEBAS RADIOLÓGICAS (VIDEOFLUROSCOPIA).

- LAURA DÍAZ RUBIA
- FRANCISCO JAVIER GARCÍA VERDEJO

ÍNDICE

- **OBJETIVOS.**
- **MÉTODOS.**
- **RESULTADOS.**
- **CONCLUSIONES.**

OBJETIVOS

Describir los distintos hallazgos radiológicos observados mediante videodeglución en 20 pacientes con disfagia orofaríngea.

MÉTODOS

Se revisaron 20 historias clínicas de pacientes con disfagia orofaríngea a los que se les solicitó una videodeglución como prueba radiológica diagnóstica.
Para su realización se administró una solución con contraste de Bario a tres texturas (líquido, néctar y pudding) y volúmenes distintos (5, 10 y 15 mililitros) realizando posteriormente capturas de vídeo con rayos X durante la deglución. Se analizaron los hallazgos radiológicos encontrados durante las distintas fases de la deglución (oral y faríngea) así como la presencia o no de paso de contraste a la vía aérea (penetración o aspiración) y la posible etiología de la disfagia.
Se realizó un análisis estadístico descriptivo básico con medias, desviaciones típicas y porcentajes.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 72 ± 3 años y el 80% eran varones.

Entre los antecedentes personales destacaron: hipertensión arterial en el 60%, el 50% eran fumadores y el 30% tenían diabetes.

Los hallazgos radiológicos encontrados fueron: aspiración en el 30%, penetración en el 60%, residuo de contraste en senos piriformes en el 30%, deglución multifraccionada en el 20% y disfunción laringofaríngea leve en el 10%.

RESULTADOS

- Al evaluar la etiología de la disfagia:

En 8 pacientes se debió a enfermedades neurológicas degenerativas (Parkinson y Alzheimer).

En 5 a enfermedad cerebrovascular.

En 4 se encontraron signos de acalasia cricofaríngea.

En 2 hubo estenosis en la boca de Killian.

En 1 se observó un granuloma postquirúrgico que comprimía esófago proximal.

CONCLUSIONES

- La exploración mediante videodeglución en el estudio de la disfagia orofaríngea aporta gran información acerca de la etiología de la enfermedad y de las posibilidades terapéuticas posteriores.

BIBLIOGRAFÍA

- Gates J, Hartnell GG, Gramigna GD. Videofluoroscopy and swallowing studies for neurologic disease: a primer. Radiographics. 2006 Jan-Feb;26(1):e22.

- Allen J, Blair D, Miles A. Assessment of videofluoroscopic swallow study findings before and after cricopharyngeal myotomy. Head Neck. 2017 Sep;39(9):1869-1875.

- Vilardell N, Rofes L, Arreola V, Martin A, Muriana D, Palomeras E, et al. Videofluoroscopic assessment of the pathophysiology of chronic poststroke oropharyngeal dysphagia. Neurogastroenterol Motil. 2017 Oct;29(10):1-8.

TEMA 239. PERIODONTITIS: SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y RECOGIDA DE MUESTRAS

ALDANA RANCAÑO BENITEZ
PATRICIA BUENO MEANA
VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCIA
ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **OBJETIVOS**
- **METODO**
- **RESULTADO**
- **CONCLUSION**

INTRODUCCION

La periodontitis, denominada comúnmente piorrea o periodontitis crónica, es una enfermedad que puede cursar inicialmente con gingivitis, pero luego puede seguir con una pérdida de inserción colágena, recesión gingival y la pérdida de hueso, si no es tratada, el soporte óseo del diente se verá disminuido

OBJETIVO

Conocer como se realiza la toma de muestra, los principales síntomas, el diagnóstico y las bacterias más importantes.

METODO

Búsqueda de artículos con las palabras claves y de investigaciones universitarias en Dialnet y Scielo.

RESULTADO

La toma de muestra se realiza con unas puntas de papal para endodoncias (n°40 o 50). Con 10 puntas y en cuatro zonas de la boca se obtendrá la muestra. Se introducirán en frascos de 2 mL. El sembrado debe hacerse antes de que pase 24 horas. Los síntomas pueden ser sangrado en las encías al cepillarse la boca o comer algún alimento. Si el estado es avanzado el sangrado puede aparecer espontáneamente. Al ser generalmente indoloro puede ocurrir que pasen muchos años hasta que el paciente se de cuenta debido a las molestias. Se enrojecen las encías. Las encías se hinchan. Pérdida ósea. Se atrofian las encías, disminuyen su volumen. Lo dientes comienzan a moverse. Se crean bolsas periodontales. Fístulas o pus alrededor del diente. Halitosis. Mal sabor de boca. Modificaciones en la forma de morder/alteraciones de la oclusión.

CONCLUSION

Para prevenirlo se debe tener una buena higiene bucodental, para ello hay que informar a la población más propensa.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:https://books.google.es/books?id=j6IBhp3fEDcC&printsec=frontcover&dq=PERIODONTITIS&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwj_uInNiu3kAhWyyoUKHe4SCXsQ6AEIODAC

Articulo de revistas: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000500003

Página WEB : https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/periodontitis/symptoms-causes/syc-20354473

TEMA 240. CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

- ALICIA MENÉNDEZ RODRIGUEZ
- ELISA ANTORANZ CASTRO
- CRISTINA BENAVIDES RODRÍGUEZ
- VANESSA CÁRDABA GARCÍA

ÍNDICE

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

1.INTRODUCCIÓN I

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Constitución Española (1978) (artículos 18 y 43) hablan de la intimidad como un derecho fundamental de la persona, contemplando incluso penas de cárcel para todo aquel que lo vulnere[2]
- Cuando se produce dicha vulneración de la intimidad/confidencialidad, el ordenamiento jurídico establece mecanismos de protección para el titular de este derecho.[3]
- La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un ambiente impersonal además de tecnológicamente invasivo. La normativa de la unidad y su estructura arquitectónica contribuyen a una gran pérdida de intimidad hacia el paciente.[4]

1.INTRODUCCIÓN

- El hecho de que el enfermo en la UCI no sea consciente de el derecho a la intimidad, no significa que el profesional pueda prescindir de él, sino todo lo contrario.[1]
- Diversos publicaciones mencionan que la historia clínica es el documento que contiene la información más sensible de los pacientes, y además es manejada por multitud de profesionales[2],no sin antes recordar que el fin principal de dicha historia clínica es prestar una asistencia adecuada y de calidad.[3]

2.OBJETIVO PRINCIPAL

- Investigar acerca del conocimiento de los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados intensivos del HUCA sobre la confidencialidad e intimidad.

2.OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Comparar si las variables universales (edad y sexo) son influyentes a la hora de manejar información confidencial e intima de un paciente crítico.

3.METODOLOGÍA I

- Como lugar de estudio estableceremos los servicios de Cuidado Intensivos del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).
- Se lleva a cabo un estudio descriptivo, transversal, observacional.
- Los sujetos a estudios serán los enfermeros que trabajan en las distintas unidades de cuidados intensivos del HUCA: Cuidados Intensivos Pediatricos (UCIP), Unidad de Cuidados Intensivos del Centro General (UCI CG), Unidad de Cuidados Intensivos Cardiaca(UCI HGA)

3.METODOLOGIA II

- La población de enfermeros a estudio, actualmente consta de: 15 enfermeros mas 1 supervisora en UCIP, 60 enfermeros mas 2 supervisoras en UCI CG, y 25 enfermeros mas 1 supervisora en UCI HGA, constituyendo finalmente un total de 105 enfermeros.
- Como criterios de inclusión se establecieron el ser enfermero de alguna de las unidad de cuidados intensivos del HUCA dentro de los meses de marzo y abril del año 2014.
- Mientras que como criterios de exclusión se encuentran todos aquellos enfermeros que NO trabajen en alguna de las unidades de cuidados intensivos del HUCA durante los meses de marzo y abril del año 2014.

3.METODOLOGÍA

- Para la recogida de los datos se utilizara como instrumento de medida un cuestionario: “Encuesta sobre confidencialidad”, el cual es un cuestionario anónimo y autocumplimentable formado por 25 preguntas.
- Las primeras 21 preguntas son preguntas cerradas de respuesta múltiple.
- La pregunta 22 es una pregunta donde el encuestado puede dejar su opinión o sugerencia si así lo desea.
- Las tres ultimas preguntas hace referencia a las variables sociodemográficas de : edad, sexo y centro de trabajo.

4.RESULTADOS I

La encuesta se entrega a un total de 105 personas, de las cuales 38 trabajan en el Centro General, 9 en el Hospital Materno Infantil, y 29 en el Hospital General.

De todas las encuestas recibidas, 59 corresponden a mujeres y 17 a hombres.

La edad media de los participantes en el estudio es de 40,9, dentro de un rango que va de los 21 hasta los 65 años.

4.RESULTADOS

Para una mejor compresión de los datos obtenidos en el estudio se decidió agrupar las preguntas en 6 grupos:

1-Preguntas sobre conocimientos generales acerca de la confidencialidad e intimidad

2-Preguntas sobre actitud individual

3-Preguntas sobre como es tratada la confidencialidad e intimidad en su centro de trabajo

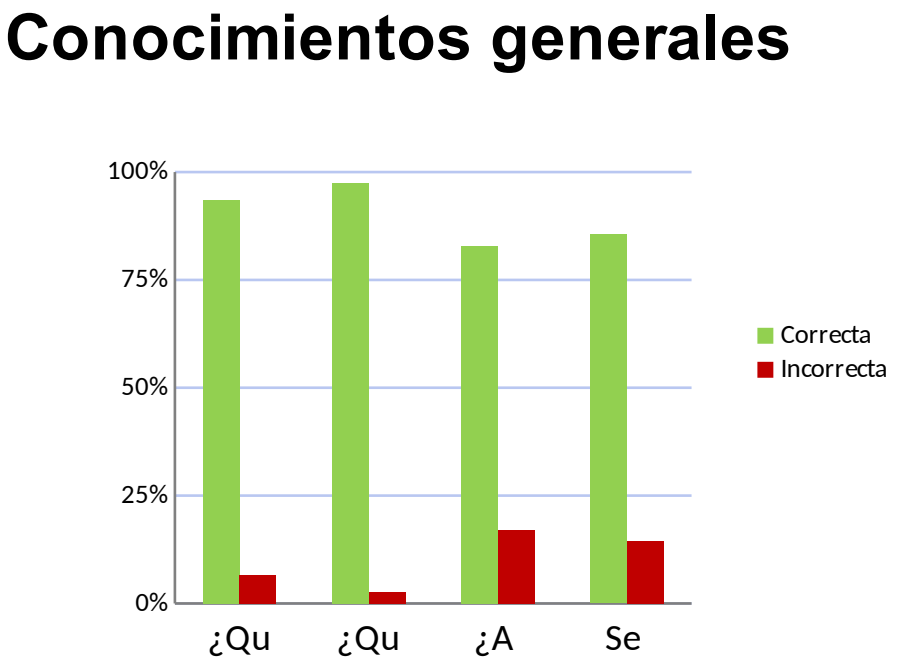
4-Preguntas acerca de la opinión personal del encuestado sobre la confidencialidad e intimidad.

5-Pregunta abierta para expresar cualquier opinión o sugerencia acerca del tema.

6-Datos sociodemográficos: edad, sexo y centro de trabajo.

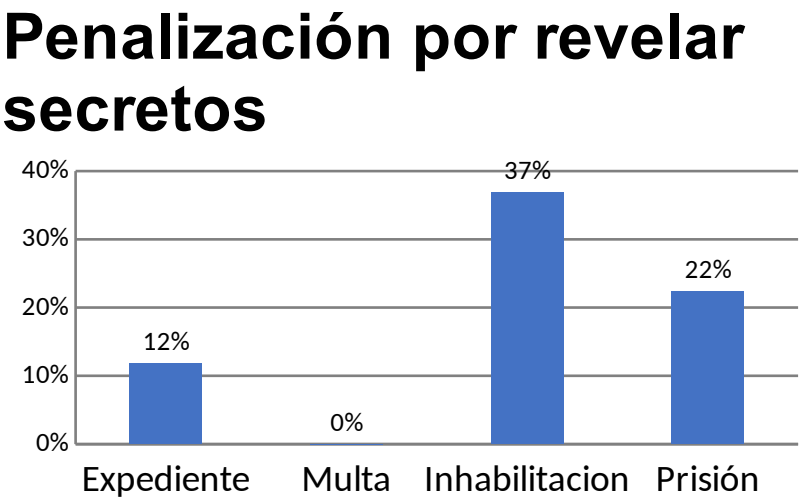
4.RESULTADOS II

En el diagrama de barras representado a la derecha se puede apreciar que aproximadamente el 90% de las personas encuestadas poseen unos conocimientos generales acerca de la confidencialidad correctos.



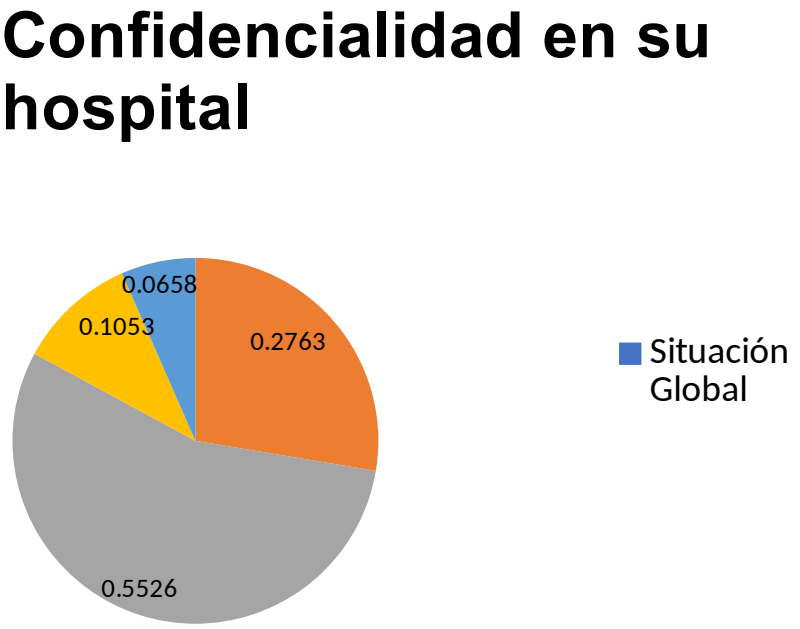
4.RESULTADOS III

Dentro de las diferentes consecuencias a las que se puede enfrentar el profesional por romper la confidencialidad de los datos de un paciente, la inhabilitación ocupa el primer puesto.



4.RESULTADOS IV

Respecto acerca de como creen estos profesionales que es tratada la confidencialidad en su centro de trabajo, mas de la mitad consideran que el trato que se le otorga es regular.



5.DISCUSIÓN

- El secreto profesional y la confidencialidad no son temas nuevos para la sociedad. El secreto, entendido como la ocultación intencional de algo, ha estado presente desde siempre en la historia de las relaciones humanas[5].
- El 16 de mayo del 2003 entró en vigor la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica[8]. Esta Ley aborda temas que la Ley General de Sanidad aborda de manera insuficiente, como pueden ser: la información, el consentimiento, o la historia clínica[5].

5.DISCUSIÓN I

- Es importante destacar que únicamente un 22,4% de los participantes de nuestro estudio tienen un correcto conocimiento de dicha Ley, siendo un pilar importante en nuestro ámbito a la hora de manejar información y documentación de pacientes, obteniéndose unos resultados similares a estos en un estudio llevado a cabo en el Hospital Virgen del Camino, en Pamplona[2].
- Los principios básicos que deben orientar toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica son: la dignidad de la persona humana y el respeto a la autonomía de su voluntad y de su intimidad[5].

5.DISCUSIÓN II

- En el ámbito sanitario, son muchas las personas que tienen acceso a la información clínica del paciente que pertenece a la parte más íntima de su personalidad, y estos profesionales están limitados por la confidencialidad a la que tienen derecho todos los ciudadanos, la cual solo puede ser quebrantada por consentimiento del interesado, o por imperativo legal [5].
- En cuanto a conocimientos generales los profesionales implicados en el estudio poseen una buena base teórica, sin embargo, a la hora de llevarlo a la práctica, se siguen observando ciertos aspectos que se deben mejorar, al igual que ocurre de manera muy similar en el estudio "Confidencialidad e intimidad" llevado a cabo por Iraburu [6].

5.DISCUSIÓN III

- Según el Artículo 199 del Código Penal, la máxima penalización, que a día de hoy, que existe en España como consecuencia de vulnerar la confidencialidad en el ámbito sanitario es la pena de prisión[7]. Sin embargo, llama especialmente la atención, que casi el 50% de los profesionales del estudio lo desconozcan.

6.CONCLUSIONES I

1. La mayoría de los profesionales poseen unos conocimientos acerca de la confidencialidad e intimidad adecuados, sin embargo, en muchos casos no son llevados a la práctica. Un alto porcentaje de estos profesionales han leído alguna vez la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Sin embargo, se aprecia un gran desconocimiento en cuanto a las consecuencias legales a las que se debe enfrentar un profesional por romper la confidencialidad de los datos de un paciente.

6.CONCLUSIONES II

3. Se puede apreciar también que el manejo de la información suele realizarse, con frecuencia, delante de sus compañeros de habitación y en el pasillo.

4. No existen diferencias significativas a la hora de responder al cuestionario en relación con las variables de edad y sexo.

5. Sería de gran interés llevar a cabo programas de formación, en los cuales se abordara el respeto a la intimidad y a la confidencialidad como un punto clave en el desarrollo de la práctica diaria.

7.BIBLIOGRAFÍA

- 1.Roselló TF. El derecho a la intimidad. El respeto a la intimidad en grupos vulnerables. Síntesis Bioetica.2005;(9):1-3.
- 2.Iraburu M,Calvo L, Hernando A, García A,Rodriguez-Arías JL, et al. Estudio multicentrico de investigación sobre la confidencialiadad. Med Clin.2007; 128(15):575-578.

7.BIBLIOGRAFIA I

- 3.Martin Escudero JC.Guía de intimidad, confidencialidad y protección de datos de carácter personal [monografía en internet].Castilla y León: Consejería de Sanidad, Dirección General de Planificación y Ordenación; 2010 [consultado 05/02/2014].Disponible en : http: //www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bancoconocimiento/guía-intimidad-confidencialidad-protección-datos-carácter-p.

7.BIBLIOGRAFÍA II

- 4.Amoros Cerda SM, Arevalo Rubert JM,Maqueda Palau M, Perez Juan E.Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una unidad de Cuidados intensivos.Enfermería Intensiva [Internet] 2008 octubre [consultado 02/02/2014]; 19(4).Disponible en http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermería-intensiva-142.

7.BIBLIOGRAFÍA III

- 5. García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. Rev Esp Salud Pública. 2004; 78(4): 469-479.

- 6. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29(3): 49-59.

7.BIBLIOGRAFÍA IV

- 7. Echeburúa E. El secreto profesional en la práctica de la psicología clínica y forense: alcance y límites de la confidencialidad. Revista Análisis y modificación de la conducta. 2002; 28(120): 486-501.

- 8. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15 de Noviembre 2002).

TEMA 241. ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL INYTERNO FEMENINO.

- M PILAR LÓPEZ PIZARRO
- GEMA NUÑEZ-BARRANCO GARCÍA

ÍNDICE

- ÚTERO
- TROMPAS UTERINA
- OVARIO
- VAGINA
- BIBLIOGRAFÍA

ÚTERO I

- Órgano hueco, muscular y de paredes gruesas de forma periforme o de pera invertida.
- Está situado en el centro de la cavidad pélvica, entre la base de la vejiga y el recto, y por encima de la vagina donde se introduce parcialmente.
- El útero de la mujer adulta se suele presentar en anteversión y anteflexión.
- El istmo es un estrechamiento del útero que divide al útero morfológicamente en dos partes asimétricas:

ÚTERO II

- Cuerpo uterino: es de forma triangular y de consistencia elástica por su morfología muscular. El fondo es rectilíneo y en los bordes superoexternos se desarrollan los "cuernos" uterinos de donde se desprende hacia delante el ligamento redondo y hacia detrás la trompa uterina y el ligamento uteroovárico y por los cuales entran las trompas uterinas. Los bordes laterales sirven de sujeción a los ligamentos anchos .

ÚTERO III

- Cuello uterino: de 2,5 cm. y con forma cilíndrica e insertado en la parte superior de la vagina formando el denominado hocico de tenca. Está formado por tejido mucoso interno y una capa serosa externa. El cuello consta del orificio cervical externo e interno.

TROMPAS UTERINAS I

- Comienzan en los cuernos uterinos en la porción superoexterna del cuerpo uterino y se abren hacia los ovarios en la cavidad peritoneal.
- Tienen una longitud aproximada de 10 a 12 cm.
- Las trompas están formadas por tres capas: serosa, muscular media fina y capa interna o mucosa formada por células secretoras y células ciliadas que se encargan de la nutrición y transporte del huevo respectivamente.

TROMPAS UTERINAS II

- Se dividen en cuatro porciones:
  - ✓ El infundíbulo: extremo distal a modo de embudo que comunica con la cavidad peritoneal. Consta de unas prolongaciones digitiformes llamadas fimbrias que actúan para la captación del ovocito.
  - ✓ La zona ampular: va desde el infundíbulo hasta la zona ístmica. La fecundación suele tener lugar en esta zona.
  - ✓ El istmo: porción de paredes gruesas, penetra en el cuerpo uterino.
  - ✓ Porción uterina: segmento que atraviesa la pared del cuerpo. Se abre a la cavidad uterina a través del orificio uterino.

OVARIO I

- Son dos glándulas con forma y tamaño de almendra situadas cerca de las paredes de la pelvis, lateral y ligeramente posterior al útero.
- Situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior desciende el uréter y los vasos hipogástricos. El polo superior del ovario está en contacto con la trompa mientras que el polo inferior está orientado hacia el útero.

OVARIO II

- Es de color blanquecino debido a la acumulación de fibras en su capa externa o albugínea y el epitelio germinativo que lo rodea. Bajo esta capa los ovarios están formados por dos capas:
  - ✓ Capa cortical: donde residen las diferentes estructuras como son los cuerpos amarillos, cuerpos albicas, folículos en proceso madurativo, etc...
  - ✓ Capa medular: en donde penetran vasos sanguíneos, nervios, conductos linfáticos.
- Los ovarios tienen un papel primordial en la secreción de hormonas esteroideas que el ciclo ovárico y el ciclo endometrial.

VAGINA I

- Tubo musculomembranoso de 7 a 9 cm. de longitud que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo, hendidura entre los labios menores y que por lo tanto pone en contacto la cavidad uterina con la vulva. Se encuentra situada entre la vejiga y el recto.
- Posee tres funciones básicas:
  - ✓ Conducto excretor del flujo menstrual.
  - ✓ Conducto inferior del conducto pélvico (en el parto).
  - ✓ Alberga al pene y al material eyaculado durante el coito.
- Es una cavidad virtual donde sus paredes contactan excepto en el extremo superior, donde el cuello las separa.

BIBLIOGRAFÍA

- Neira Sanchez A. Actualización de los cuidados de la matrona en urgencias ginecológicas relacionados con la anatomía y fisiología del aparato genital femenino. Fuden Formación.
- Espinilla Sanz B, Tomé Blanco E, Sadornil Vicario ME, Albillos Alonso L. Manual de obstetrician para matronas. 3 ed. Difacil 2016.

TEMA 242. ANDROPAUSIA: AMPLIACIÓN DEL CONOCIMIENTO ENFERMERO RESPECTO A LA VIRILIDAD MASCULINA.

- CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL.
3. CONCEPTO DE *ANDROPAUSIA.*
4. FISIOLOGÍA.
5. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA.
6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.
7. DIAGNÓSTICO.
8. TRATAMIENTO.
9. MITOS RELACIONADOS CON LA ANDROPAUSIA.
10. CONCLUSIONES.
11. BIBLIOGRAFÍA.

1. INTRODUCCIÓN

La palabra *andropausia*, etimológicamente, se deriva del griego anér, andrós (varón y hombre) y pausis (cesación o parada), lo que conjuntamente quiere decir: fin de la virilidad. Es un síndrome y con ello se quiere decir que es un conjunto de síntomas muy variados, que van desde los orgánicos hasta los psicológicos. Constituye un periodo más o menos largo, dependiendo de la naturaleza de cada individuo.

Similar que la mujer, quien a cierta edad llega al periodo de la menopausia, los hombres manifiestan algunos cambios hormonales que alteran la vida física, emocional y sexual, a esta etapa durante la cual se presentan estos cambios, se llama andropausia o climaterio masculino.

La andropausia puede provocar diversos conflictos emocionales en los hombres, y la falta de información sobre este tema, los hace pensar que los cambios se deben a la edad. En términos generales estos cambios comienzan a ser evidentes más o menos a los 40 años de edad pero pueden presentarse progresivamente entre los 40 y 70 años. Se puede observar que la andropausia abarca en el hombre un lapso de tiempo bastante mayor que el de la menopausia en la mujer.

A diferencia de las mujeres, los hombres no tienen signos claros, como el cese de las menstruaciones, para marcar dicha transición. Ambos, sin embargo, están caracterizados por una caída en los niveles hormonales. El estrógeno en la mujer y la testosterona en el varón. Los cambios en el cuerpo ocurren muy gradualmente en el hombre y se acompañan de cambios de actitud y estado de ánimo, fatiga, pérdida de energía, impulso sexual y agilidad física.

Igualmente, los estudios demuestran que esta caída de testosterona representa un riesgo de otros problemas de salud, como cardiopatías o huesos frágiles. Dado que todo esto ocurre durante un momento en la vida en que los hombres comienzan a cuestionar sus valores, logros y el rumbo de su vida, muchas veces es difícil advertir que los cambios que ocurren se relacionan con algo más que solamente las condiciones externas.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

Desde la antigüedad, se asoció envejecimiento y declinación de la función testicular, homologándose a lo que ocurre en el sexo femenino con la función ovárica, aunque se reconoce históricamente que hombres de avanzada edad mantenían su vida sexual y capacidad reproductiva. En hombres envejecidos sanos puede aparecer un hipogonadismo de inicio tardío que se ha asociado al envejecimiento.

Werner, en 1939, lo denominó climaterio masculino. Este cuadro comprende los síntomas y signos de lo que hoy llamamos andropausia o ADAM (androgen decline agingmale). Con métodos de estudios de la época (biopsia testicular, gonadotrofinas hipofisiarias por método biológico) se clasificó como hipogonadismohipergonadotropo. Este concepto se mantuvo sin mayor avance hasta 1970 en que al poder medirse testosterona y LH plasmáticas por método de radioinmunoensayo, se desarrollaron estudios de la relación entre función testicular y edad.

Entre 1970 e inicios de los 80, diversos autores en estudios de cortes transversales de varones senescentes encontraron resultados contradictorios:

1. Descenso de la testosterona en la mayoría de los evaluados.
2. Escasa diferencia con la población joven.
3. Tendencia a una lenta disminución de la testosterona con la edad, con subgrupos en rango similar al joven y otros en rango hipogonádico.

Estos hechos hacían dudar a muchos investigadores sobre la existencia de este cuadro, preguntándose sobre la verdadera existencia de este síndrome, y otros creían que afectaba a la generalidad de los hombres.El análisis crítico de estos trabajos señaló:

- **Mala selección de pacientes al conformar los grupos a estudiar.** Al ser reclutados en servicios geriátricos, hogares de ancianos u hospitalizados, no se consideraron las condiciones generales de salud, aspectos psicosociales, enfermedades sistémicas y uso de fármacos, condiciones que podían determinar descenso de la testosterona. Otros grupos no eran representativos de la población general de los hombres mayores, ya que eran excepcionalmente sanos, activos laboral, social y sexualmente, lo que influía en que la testosterona y espermiograma no se diferenciaban grandemente de los jóvenes.

- **Errores metodológicos en el estudio de laboratorio.** Los autores que no encontraron diferencias entre jóvenes y mayores midieron testosterona en las primeras horas de la tarde, sin considerar su ritmo circadiano que determina un valor matutino 25 a 30 % superior al de la tarde. Este ritmo se pierde con el envejecimiento determinando valores matutinos de testosterona menores en hombres mayores versus jóvenes, diferencia que no se aprecia al medirla en la tarde.

A finales de los años 80, y teniendo en cuenta los errores metodológicos anteriores, Vermeulen realizó estudios longitudinales a lo largo de diez años en una población constituida por monjes y, posteriormente, en la población masculina de Rancho Bernardo, demostrando que la edad era el factor determinante en la disminución progresiva de la testosterona.

La investigación entre testosterona y envejecimiento avanzó al disponerse de exámenes de laboratorio que medían testosterona libre y la proteína transportadora, como también al dilucidarse si en hombres sanos, el consumo de alcohol, estilo de vida y actividad física podían influir igual o más que la edad en los niveles de testosterona. La testosterona biodisponible o biológicamente activa comprende la testosterona libre y la ligada a albúmina. Con la edad aumenta la SHBG y disminuye la testosterona libre y por lo tanto la actividad biológica o acción de la testosterona en los efectores. Por tanto, la sensibilidad para diagnosticar hipogonadismo asociado al envejecimiento, mejora notablemente si además de la testosterona total, es medida la libre, o mejor aún, la biodisponible.

Hasta los primeros años de la década de los 80 se había considerado el hipogonadismo asociado al envejecimiento o climaterio masculino, como una falla testicular primaria (insuficiencia Leydigiana) o hipogonadismo hipergonadotropo, y así aparecía clasificado en los textos de la época. Histológicamente se demostró atrofia testicular tanto tubular como intersticial, cuya etiología fue atribuida por autores japoneses a un menor flujo sanguíneo por ateroesclerosis.

El aumento de FSH y LH se debe a un menor feedback negativo por disminución de inhibina de las células de Sértoli tubulares, y de testosterona por un menor número y funcionalidad Leydigiana. Sin embargo, no todos los autores encontraron una elevación patológica de FSH y LH, lo que puso en discusión que la base de este cuadro residiera solamente en una insuficiencia Leydigiana.

El estudio longitudinal de Morley, demostró en 15 años de seguimiento, sólo un 10 % de aumento de LH pese a la disminución promedio de testosterona total de 110 ng/dl cada 10 años. Existiendo una falla Leydigiana asociada al envejecimiento y disminuyendo la testosterona, un hipotálamo e hipófisis normales deberían producir un alza de LH, lo que ocurre en pocos casos.

Winter y Troen plantearon la coexistencia de falla primaria testicular y una alteración neuroendocrina hipotálamo hipofisiaria que impide el alza de LH que debería producirse por la falla primaria testicular.

La alteración de la pulsatilidad de LH podría deberse a una falla del generador de pulsos del GNRH hipotalámico o a una alteración hipofisiaria. El compromiso neuroendocrino hipotalámico responsable de esta alteración funcional, se debería a envejecimiento de las neuronas secretoras de GNRH o alteración de la regulación que ejercen neuropéptidos y neurotransmisores, materia abierta a la investigación. La prueba de estímulo hipotalámico con citrato de clomifeno, ha demostrado una menor respuesta de LH y testosterona en hombres mayores comparados con jóvenes.

Hasta la fecha, los estudios son tranquilizadores en cuanto a que los efectos sobre el antígeno prostático específico y los parámetros de obstrucción del tracto urinario inferior no son significativos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los efectos a largo plazo de la terapia con testosterona sobre la próstata no se conocen.

Hoy en día, gracias al aumento global de la expectativa de vida, los avances médicos en todas las áreas, el interés cada vez mayor de los estamentos de salud por la calidad de vida y el apoyo dado a la investigación en el área de la sexualidad masculina; han acrecentado la preocupación de la comunidad médica y del público en general con respecto al tema en los países desarrollados. A pesar de ello, en los países no desarrollados la andropausia o ADAM todavía no es un tema de especial interés y existe, en la población general, desconocimiento de los síntomas, de la disponibilidad de tratamientos y la percepción de que se trata de un mito.

3. CONCEPTO DE *ANDROPAUSIA*

Durante la edad media y parte de la vejez de los varones se suele presentar una disminución progresiva de la producción de andrógenos. Esta disminución progresiva de hormonas conlleva unos cambios clínicos, que en algunos varones son más evidentes. A todo ello se le ha denominado *Andropausia*.

La Andropausia es también conocida como: climaterio masculino, viropausia, menopausia masculina, hipogonadismo de inicio tardío (LOH) o Síndrome de declinación de los andrógenos con el envejecimiento masculino (ADAM), entre otros. Todas estas denominaciones hacen referencia a aquellos cambios hormonales que suceden en el sexo masculino durante la edad mediana, relacionados con el proceso de envejecimiento.

Dichos cambios suelen producir modificaciones en la esfera sexual como disminución del deseo sexual y pérdida de las erecciones, depresión, irritabilidad, disminución en la capacidad de concentración y memoria y desmielinización ósea.

Para comprender la aparición de este síndrome y todas las alteraciones que produce, es importante conocer también los siguientes términos:

- **Andrógenos:** Conjunto de hormonas esteroides secretadas por el testículo y la glándulasuprarrenal que provocan el desarrollo sexual masculino y el desarrollo muscular. El principal andrógeno es la testosterona.

- **Testosterona:** Es una hormona esteroidea secretada por las células testiculares de Leydig, cuya producción está vinculada al mecanismo de retroalimentación negativo de la hormona luteinizante (LH) y del factor liberador de la hormona luteinizante (LHRH) del eje hipotálamo-hipófisis-gónada.
- **Hipogonadismo:** Es un trastorno en que los testículos u ovarios no son funcionales o hay incapacidad genética del hipotálamo para secretar cantidades normales de GnRG (hormona liberadora de gonadotropinas). Las características sexuales masculinas o femeninas no están desarrolladas: huesos finos, músculos débiles, vello leve, la voz se reduce un poco a su tono grave. Es una de las diversas causas de la esterilidad. En definitiva podemos decir que es una afectación en la cual los testículos en los hombres y los ovarios en las mujeres producen poca o ninguna hormona sexual.

- **Envejecimiento:** Conjunto de transformaciones físicas, mentales, metabólicas y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, comprometiendo la capacidad de adaptación a los cambios del entorno y creando mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Esto lleva un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega a la muerte.

4. FISIOLOGÍA

La testosterona es metabolizada a dehidrotestosterona, la forma biológicamente activa, por la acción de la enzima 5 alfa reductasa. La acción preponderante de la testosterona es la de ser responsable de los caracteres sexuales secundarios en el hombre y de tener un efecto anabolizante para aumentar la masa muscular. La producción de testosterona se caracteriza por:

a) Seguir un ritmo circadiano con un pico alto en las mañanas y más bajo en las horas de la tarde, por lo que los valores de referencia tienen un rango amplio que oscila entre 300 y 1200 ng/dL.

b) En hombres con función gonadal normal, las concentraciones séricas de testosterona suelen ser modificadas transitoriamente por factores ambientales (exposición a toxinas, radiaciones, microorganismos), comportamentales (alcoholismo, tabaquismo, consumo de alucinógenos), socioeconómicos (nutrición, estrés) y la presencia de enfermedades crónicas.

c) El 95% de la testosterona circula unida a proteínas gracias a la glicoproteína denominada globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), siendo el 55% de ella unida a la albúmina y el 42% a los receptores de estrógenos. Solamente el 2 a 3% de la testosterona total permanece libre; es esta forma libre la que constituye la porción biológicamente activa.

Se ha podido determinar, que en la medida en que aumenta la edad se producen cambios hormonales relacionados con los andrógenos de origen testicular predominantemente. El consenso general indica que las cifras séricas de testosterona disminuyen con la edad.

Los niveles de globulinas fijadoras de hormonas sexuales aumentan con la edad a expensas de los de testosterona libre; por lo que la testosterona libre disminuye más notoriamente que la testosterona total. Lo anterior se ha explicado también en cifras, a raíz de las observaciones obtenidas del estudio MMAS, en el que se determinó que las cifras de globulina fijadora aumentan 1,2% cada año, los niveles de testosterona libre y unida a la albúmina, descienden un 1% al año y los de testosterona total en 0,5% cada año. Otros cambios hormonales descritos con el envejecimiento consisten en:

- **Disminución en la secreción de dehidroepiandrosterona y dehidroepiandrosterona sulfato:** Son hormonas secretadas casi exclusivamente por la corteza suprarrenal, cuya producción desciende cerca del 2% anual, de tal forma que a los 80 años un hombre cuenta con el 20% de lo que produce a los 20 años. Son neuroesteroides con acción directa en las membranas neurales que tienen efecto analéptico y sobre la memoria. No tienen actividad androgénica directa. Diferentes tejidos humanos contienen sitios donde las enzimas convierten la DHEA en testosterona.

- **Disminución en la producción de hormona del crecimiento**: La producción de hormona del crecimiento disminuye alrededor de un 14% cada 10 años. Controla la producción del Factor de Crecimiento Semejante a la Insulina (IGF-I). Ambas hormonas disminuyen simultáneamente con el envejecimiento. Dicha reducción se ha asociado a los cambios en la masa muscular, densidad ósea, distribución del vello y patrón de obesidad propios del este síndrome.
- **Disminución en la liberación de melatonina en respuesta a la oscuridad:** La melatonina es secretada por la glándula pineal. Sin embargo, los niveles plasmáticos no se reducen con el envejecimiento normal. Las alteraciones en la producción de esta sustancia explican en parte los trastornos del sueño.

- **Alteraciones en la producción de tiroxina:** Se nota disminución en la producción de testosterona, pero hay al mismo tiempo disminución concomitante de su metabolismo, lo que hace que los niveles no varíen notablemente.
- **Incremento de los niveles de leptina:** Una hormona producida en los adipositos, cuyo órgano blanco es el SNC, que modula a los neurotransmisores del hipotálamo y provoca sensación de saciedad. El mecanismo no está aún bien entendido.
- **Resistencia a la insulina:** Su efecto se adiciona a los niveles alterados de leptinas. Conduce a cambios en la sensación de saciedad y explica el mayor consumo de alimentos.
- Ninguna variación en la producción de corticoides o estradiol.

5. ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

Debido a la escasez de estudios relacionados con el climaterio masculino, no podemos saber cuáles son las causas concretas que lo originan, pero lo que sí sabemos es que existen un conjunto de factores que de mayor o menor medida contribuyen a este síndrome. Estos factores pueden ser: hereditarios, enfermedades cardiovasculares, lentitud del hipotálamo, deficiencias hormonales, sedentarismo, abuso de alcohol, obesidad, tabaquismo, hipertensión, medicamentos mantenidos en el tiempo, mala alimentación, estrés físico y psicológico, falta de ejercicio, mala circulación, disfunción tiroidea y diabetes, entre otras.

Todos estos factores inducen a que aparezcan, pero lo que realmente origina este síndrome es una disminución de la Testosterona. Esta disminución puede ser provocada por una lesión, por ejemplo; trauma, castración, radiación o quimioterapia, desórdenes hormonales; por ejemplo, tumores o enfermedades en la glándula pituitaria, niveles elevados de prolactina, u otras enfermedades como paperas.

En cuanto a la epidemiología, la prevalencia de la andropausia depende del tipo de testosterona que se vea disminuido:

1. Entre el 5% y el 20 % de la población adulta que sufre este síndrome, presenta una disminución de la cifras de testosterona total, que es aquella que mide la cantidad total de testosterona en el organismo, lo cual incluye tanto la cantidad adherida a las proteínas de la sangre que ayudan a transportar la hormona a través del torrente sanguíneo como la testosterona libre.
2. Aproximadamente el 60 % de la población adulta que sufre este síndrome, demuestran niveles séricos bajos de testosterona libre.

6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas de este Síndrome se dan de manera sutil y gradual y se atribuyen en muchos de los casos al envejecimiento. Sin embargo, no todos los hombres tienen los mismos síntomas ni con la misma intensidad, es individual para cada persona. Además, tampoco surgen en todos los hombres a la misma edad. A continuación, mencionamos los signos y síntomas más característicos de este síndrome:

Síntomas neurológicos y vasomotores:

- Bochornos similares a aquellos del climaterio femenino.
- Episodios de sudoración.
- Trastornos del sueño: insomnio, sueño poco reparador…
- Nerviosismo.

Funciones cognitivas y alteraciones del humor:

- Irritabilidad y letargo.
- Disminución de la sensación de bienestar.
- Perdida de motivación.
- Dificultades con la memoria reciente.
- Síntomas depresivos.
- Baja autoestima.

Masculinidad / virilidad:

- Disminución de energía física.
- Disminución de fuerza y masa muscular.
- Perdida de vello púbico.
- Obesidad abdominal.

Sexualidad:

- Diminución del interés o deseo sexual.
- Reducción de la actividad sexual.
- Pobre función eréctil.
- Baja calidad del orgasmo.
- Menor volumen eyaculado.

A pesar de que el factor de riesgo más importante para la aparición de disfunción eréctil es la edad, no se ha encontrado relación clara entre los niveles de testosterona y las alteraciones de la erección. Aunque con la edad los niveles de testosterona y la función eréctil disminuyen, esta relación parece tratarse de asociaciones independientes. De tal manera, que los leves descensos de testosterona que suceden con el envejecimiento no son un factor determinante en la mayoría de las alteraciones de la función sexual.

En relación con la masa corporal se sabe que los hombres alrededor de los 40 años tienden a ganar peso, después de lo cual permanecen relativamente estables. Los cambios se asocian a disminución de la masa muscular y aumento de la grasa.

Como la testosterona incrementa la síntesis de proteínas, el tamaño y la fuerza musculares, cuando se ha administrado para obtener dicho efecto, se ha visto que a menor valor inicial de la testosterona, mayores el beneficio relativo sobre la composición corporal y la fuerza muscular.

En individuos, por lo demás sanos, que tienen valores de testosterona “normales bajos” o “ligeramente bajos”, la reposición de testosterona causa efectos modestos en cuanto a la composición corporal se refiere.

Aunque el mecanismo exacto no se conoce, es indiscutible que la testosterona regula el metabolismo óseo en los hombres en virtud del papel anabólico directo sobre la formación ósea. Es posible que la resorción ósea sea inhibida a través de la conversión de testosterona a estrógenos. Los estudios han demostrado que el efecto benéfico es más significativo, cuando los niveles iniciales de testosterona están por debajo de 300 ng/dL.

Sin embargo, con excepción de la libido, la asociación entre la edad y cualquiera de los otros síntomas no es fuerte. Muchos estudios no han demostrado diferencia entre las concentraciones de testosterona en personas con y sin depresión, ni han demostrado tampoco cambios sustanciales en las pruebas de memoria, fluidez verbal, salud mental o general, en los individuos tratados con testosterona.

Los cambios más importantes se han visto en el área sexual. Como en otras áreas, la mejoría es más notable cuando los valores iniciales de testosterona están por debajo de 300 ng/dL.

La testosterona estimula la eritropoyesis. Los valores de hemoglobina tienden a ser menores en adultos mayores cuando se comparan con hombres jóvenes. Las series publicadas reportan un incremento leve de las concentraciones de hematocrito y hemoglobina en la mayoría de los sujetos; no obstante, a una proporción que oscila entre 5 y 20% de los individuos se les ha encontrado cifras por encima del rango normal, las cuales han obligado a suspender el tratamiento.

La hipertrofia prostática benigna y el cáncer de próstata son condiciones asociadas al envejecimiento que se producen en presencia de testosterona. Aunque no se ha demostrado relación entre las cifras endógenas de testosterona y el riesgo de aparición de cáncer de próstata, la preocupación se centra en la posibilidad de estimular, mediante el uso de testosterona de remplazo, un cáncer prostático oculto e insignificante clínicamente para convertirlo en manifiesto.

7. DIAGNÓSTICO

Este proceso ha tenido a lo largo del tiempo algunos impedimentos como pueden ser la falta de información y la negación por parte de los hombres a abordar el tema. Por ello también existe gran falta de información en los médicos, los cuales suelen atribuir los síntomas de la andropausia a otras causas como al proceso de envejecimiento o a problemas psíquicos como la depresión. No obstante, en la actualidad se ha avanzado mucho con respecto a la información y se ha conseguido realizar diagnósticos seguros.

El objetivo fundamental es diagnosticar precozmente este Síndrome y poder así revertirlo o al menos retardarlo mediante las terapias existentes. Para ello, es importante reconocer los síntomas presentes en el afectado y realizar pruebas serológicas que muestren la disminución de progesterona.

Para confirmar que los síntomas se deben a niveles bajos de testosterona, el especialista suele realizar el primer lugar una serie de preguntas al paciente y posteriormente realiza un análisis de sangre para comprobar los niveles de testosterona en sangre.

Pero siempre debemos tener en cuenta que existen otras causas que descontrolan en mayor o menor medida los niveles de testosterona, como pueden ser la diabetes o la hipertensión; por lo cual debemos de descartar dichas causas con anterioridad a la realización de un diagnóstico de Andropausia.

Finalmente mencionar que no existe una cifra estándar que indique que los niveles de testosterona estén disminuidos, ya que el organismo de cada individuo funciona correctamente con unos niveles distintos, por lo que el profesional debe trabajar con el paciente para conseguir su nivel óptimo. Pero sí que es verdad que se ha establecido, de manera generalizada, que si la testosterona total es inferior a 200 ng/dl, pueden existir niveles bajos de testosterona y, por el contrario, si es superior a 600 ng/dl, podemos descartar la existencia de ese déficit.

8. TRATAMIENTO

Al plantearse un tratamiento específico para este síndrome, se debe considerar y diferenciar, en primera instancia, las situaciones fisiológicas, los cambios inherentes a la involución del paso de tiempo y las situaciones con diferencias notorias analíticamente, que conlleven cambios clínicos evidentes y preocupantes.

El problema se plantea cuando, en determinados varones, y debido a la suma de otros factores predisponentes, la situación clínica se hace más evidente y repercute negativamente sobre la salud física y mental.Por lo tanto, el objetivo terapéutico será acercarse lo más posible a los valores plasmáticos fisiológicos de esta hormona, que permitan mejorar el estado físico, psicológico y la función sexual del varón: ayudar al varón a conseguir mayor calidad de vida y un envejecimiento más saludable.

En la actualidad existen muchos tratamientos para la andropausia, prevaleciendo una coincidencia colectiva en la idea de la reposición del faltante de testosterona como método más efectivo.

La terapia de reemplazo hormonal (TRH), es una técnica segura y muy eficaz que puede reducir de manera significativa e, incluso, revertir muchos de los efectos negativos causados por la pérdida de hormonas en el organismo del hombre. El plan del tratamiento es específico a las necesidades de cada paciente, por lo que los niveles hormonales se examinan mediante análisis de sangre para poder determinar cuál es el tratamiento individualizado más apropiado.Con esta terapia se pretende alcanzar los valores fisiológicos y hormonales normales para que así, el cuerpo reciba la cantidad correcta para suplir las necesidades del mismo.

La experiencia, cada vez mayor, de varones tratados con terapia de sustitución androgénica revela la utilidad y los beneficios de este tratamiento en los casos seleccionados. Mantener unos valores normales de testosterona permite mejorar el estado físico, psicológico y la función sexual del varón. En general, se produce un mayor bienestar psicosocial, con un envejecimiento más saludable. La sustitución con testosterona en varones con valores bajos de esta hormona parece lograr un bienestar general, con mejor estado de ánimo, con mayor energía, masa y fuerza muscular, restablecimiento óseo y de la función sexual. Los resultados de esta terapia comienzan a manifestarse entre las 3 y 6 semanas de tratamiento, por lo que su efectividad es relativamente rápida.

Por otra parte, la THR de reemplazo puede producir múltiples efectos secundarios, siendo los más característicos los siguientes:

- Eritrocitosis o policitemia.
- Ginecomastia.
- Apnea durante el sueño.
- Alteración del perfil lipídico.
- Enfermedad cardiovascular.
- Trastornos emocionales.
- Esterilidad parcial o permanente.

A consecuencia de los riesgos existentes, es necesario que los varones que reciban esta medicación necesitarancontroles periódicos para detectar posibles consecuencias negativas de la administración de testosterona. Es importante conocer que esta terapia está totalmente contraindicada en aquellas personas con cáncer hormono-dependientes, es decir, de próstata y de mama, puesto que les supondría una alteración añadida a la que ya sufren y en personas que consumen fármacos anticoagulantes y/o drogas derivadas de la testosterona como la mesterolona, entre otras.

Este tratamiento puede ser administrado de diferentes formas, ya sea por vía oral, a través de inyecciones intramusculares o por medio de la aplicación de parches o geles en el abdomen u hombros, siendo este último método el más fácil de aplicar y a la vez el más efectivo puesto que es el más similar al proceso fisiológico natural.

De manera no farmacológica, se necesita llevar a cabo un programa de educación e información hacia el paciente, en el cual, se debe indicar una dieta saludable y nutritiva de bajo contenido en grasas saturadas, en sal y rica en fibra dietética y aumentar la actividad física. Además, es necesario limitar el consumo de alcohol, tabaco y cafeína. De existir enfermedades concomitantes, tales como diabetes mellitus, dislipemias e hipertensión arterial, entre otras, deben ser controladas adecuadamente. También, es importante evaluar los fármacos que se están consumiendo, ya que muchos de ellos pueden llegar a desencadenar o agravar las manifestaciones clínicas de este síndrome, en especial, la disfunción eréctil.

9. MITOS RELACIONADOS CON LA ANDROPAUSIA

Todas las afecciones de tipo médico o psicológico están plagadas de mitos, es decir, de creencias casi inexactas y que guardan un parentesco cercano o no, con la verdad que se supone científica, exacta e irrebatible. La Andropausia, en este caso, forma parte de esta realidad, siendo los mitos más destacados que la conforman los siguientes:

- ***"La andropausia es la menopausia del varón":*** Este mito no es sólo sostenido por varones, sino también por mujeres. Para muchas de ellas, (que a su vez son víctimas de sus propios mitos) el varón, cuando llega a estas edades, se vuelve "impotente", "un vejestorio "o "viejo verde". Esta valoración por parte del sexo opuesto, lesiona aún más la autoestima de los hombres que la padecen y puede producir o acelerar problemas donde antes no existían o existían de manera insignificante.

- ***"Los hombres comienzan a tener problemas sexuales con la edad":*** Ocurre que casi siempre el hombre está muy preocupado por el estado eréctil de su pene o por los tiempos de sus eyaculaciones y suele pasar por alto los estímulos necesarios para producir erecciones eficaces y eyaculaciones placenteras. El secreto para evitar esto, consiste en estar atento y saber cuál o cuáles son los sentidos eficaces para estimular a cada hombre. Suele ser de gran ayuda dialogar con el varón y aclarar este asunto para "despertar" y sostener la excitación sexual.

- ***"En estas edades, existe incapacidad física":*** Es verdad que en estas edades las afecciones cardiovasculares y de otro tipo son algo más frecuentes. Son afecciones benignas, fácilmente controlables y compatibles con el estilo de vida de cada uno de ellos con los mínimos problemas.

- ***"Los hombres, cuando llegan a una edad, sólo se interesan en las mujeres jóvenes":*** Es increíble, pero un gran número de mujeres, con esta premisa mítica en la cabeza, renuncian a tener una vida sexual intensa y satisfactoria con sus compañeros. Es fácil la cantidad y variedad de disgustos, discusiones, agresiones y fuerte deterioro que puede provocar una actitud de este tipo. En la mayoría de las parejas, este pensamiento no es hablado o comentado.

- ***"Los hombre con andropausia se vuelven obesos y barrigones":*** Esta situación no depende de la andropausia, más bien se debe atribuir al sedentarismo, a la falta de actividad física y, por supuesto, a pésimos hábitos alimenticios. En muchas ocasiones, resulta que el tipo de profesión o bien el tipo y raciones de comidas que usualmente prepara la esposa suelen ser los culpables.

- ***"La depresión ataca a los que se vuelven viejos":*** Tenemos que señalar en primer lugar que volverse andropáusico no es "volverse viejo" y, en segundo lugar, la depresión es una patología tan común en los varones de 50 o 60 años, como en el varón de 30. Tal vez, en estas edades jubilatorias se note o resalte más. Agreguemos que, encima de la depresión, el hombre deberá absorber también la presión familiar y social.

- ***"El alcoholismo y las drogas son frecuentes en estas edades":*** Es una verdad a medias. Muchos hombres caen en el alcoholismo, en general como ansiolítico, o en las drogas como estimulantes sexuales, pero de ninguna manera la mayoría.

10. CONCLUSIONES

Actualmente, tras los numerosos estudios realizados, podemos afirmar que la andropausia es una realidad clínica de preocupación multidisciplinaria, en la que deben intervenir sexólogos, andrólogos, psiquiatras, endocrinólogos, biólogos moleculares, etc. La preocupación del personal sanitario debe velar por la salud integral del varón, estimulándolos hacia el conocimiento, la evaluación y el tratamiento de aquellos que lo precisen.

Como enfermero/as, debemos tener iniciativa para adquirir conocimiento sobre este síndrome en todas sus dimensiones y, con ello, poder introducirlo en el papel comunitario de nuestra labor profesional, con el objetivo de informar a la población, sobre todo masculina, y así capacitarlos en la autodetección de la sintomatología más característica de esta problemática para evitar confusiones con otras patologías representativas que aparecen a lo largo de la vida.

Con lo que podemos concluir, que es necesario poner en práctica las investigaciones de campo realizadas sobre este tema, para que en base a una investigación en profundidad se puedan realizar nuevos e innovadores programasacordes a la actualidad pero sobre todo informar masivamente al respecto del tema de la andropausia. Para que de esta manera exista equilibrio de información entre los dos géneros, dando como resultado una sociedad mucho más sana.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Licea Puig, Manuel y Castelo Elías-Calles, Lizet. (2006). Andropausia. Revista Cubana de Endocrinología; 7(1), 1-22. Disponible en: http://0-site.ebrary.com.columbus.uhu.es/lib/bibuhuelib/docDetail.action?docID=10175084&p00=andropausia

2. J.L. Arrondo, J.A. Cuesta, V. Grasa, M. Ponz, A. Solchaga, J. Aldave, I. Pascual, S. Napal y A. Ipiens. (2004). Andropausia: ¿Un Síndrome que se debe tratar? Revista Internacional de Andrología; 2(2), 60-67. Servicio de Urología. Unidad de Andrología. Hospital de Navarra. Pamplona. España. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13068362&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=262&ty=29&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=262v2n2a13068362pdf001.pdf

3. Enzo Devoto, C. y Lucía Aravena, C. (2004). Hipogonadismo asociado a la senilidad en el varón (Climaterio masculino – Andropausia –ADAM). Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología; 69(5), 392-398. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Campus Central, Servicio de Medicina, Unidad de Endocrinología, Hospital Clínico San Borja – Arriarán. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v69n5/art12.pdf
4. Beatriz M. Rodríguez. (2009). Climaterio Masculino. Revista Científica de UCES; 13(2), 51-81. Disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/734/Climaterio_masculino.pdf?sequence=1
5. Silva Herrera, José Miguel. (2006). Andropausia: Estado actual y conceptos. Universitas Médica; 47(1), 17-23. Pontificia Universidad Javeriana - Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n1/2%20ANDROPAUSIA.pdf

6. A. F. Tresguerres, Jesús; Benítez de Lugo, Enrique Aguilar; DevesaMúgicar, Jesús y Moreno Estéban, Basilio. (2001). (1 vol.) Tratado de Endocrinología Básica y Clínica. Madrid: EditorialSintesis.

7. Tresguerres- Fernández, Jesús A. (1989).Fisiología Endocrina. Eudema Universidad Manuales. Madrid.

8. Wein, Alan; Kavoussi, Louis; Novick, Andrew; Partin, Alan y Peters, Graig. (2008). Campbell-Walsh. Urología. Editorial Médica Panamericana. Edición 9ª; Tomo 1.

9. Kusnetzoff, Juan Carlos. (2001). Andropausia: Renacer a los 50. Del Nuevo Extremo. 1ª Edición. Buenos Aires.

10. Jadresic A., Ojeda C., Pérez G. y Devoto E. (2000). Aspectospsicoendocrinos de la conducta sexual. Psiconeuroendocrinología. Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 51 – 63. Santiago.

11. F. J. Flórez-Tascón, Flórez-Tascón Sixto, J. Galay Lillo, J. A. González González, M. A. Collado Cano, M. L. Valderrama Valderrama y S. Vega Quiroga. (2002). Andropausia, Viropausia, síndrome de ADAM y testosterona. Disfunción eréctil. Geriátrika, 18 (7): 219-245. Disponible en Biblioteca Central Universidad de Huelva.

12. Vela Navarrete V. (2000). El Síndrome de ADAM (Andropausia): Nueva perspectiva de un viejo síndrome clínico. Tiempos Médicos, 570: 6-10. Disponible en Biblioteca Central Universidad de Huelva.

13. F. J. Flórez Tascón Sixto, J. Galay Lillo, J. A. González González y F. J. Flórez Tascón. Disfunción eréctil varonil y andropausia. Nuevas esperanzas. Geriátrika, 15 (8): 31- 33. Disponible en Biblioteca Central Universidad de Huelva.

14. Heather Herdman, T. (2010). NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2009-2011. Elsevier España. Barcelona.

15. Moorhead, Sue; Johnson, Marion; Maas, Meridean L. y Swanson, Elizabeth. (2007). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).ElsevierMosby. Cuarta edición.

16. Burlechek, Gloria M.; Butcher, Howard K. y McCloskey Dochterman, Joanne. (2006). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).ElsevierMosby. Quinta edición.

TEMA 243. ANSIEDAD: NUEVOS RETOS DE ACTUACIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

- **CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGIA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un problema muy extendido entre la población adulta española afectando a hombres y mujeres pero mayoritariamente a las mujeres, debido a los hábitos de vida y el estrés diario. Habitualmente la población utiliza fármacos para disminuir la ansiedad. Sin embargo una correcta educación sobre la ansiedad y las diversas técnicas para abordarla disminuirían la prevalencia de la ansiedad y mejoraría el autocuidado del paciente.

La prevalencia de los trastornos depresivos, tiene un impacto socio-laboral importante que se refleja en el mayor número de días en cama por culpa de la enfermedad, el mayor absentismo laboral, un déficit que se puede observar en el rendimiento del trabajo y un elevado coste sanitario que presentan estos pacientes con dichas patologías, se ha estimado mayor en mujeres que en hombres.

Según los datos obtenidos de la OMS, Organización Mundial de la Salud, en el estudio GBD 2000 (Global Burden of Disease 2000) se estima que la prevalencia puntual de los episodios de depresión unipolar es del 1,9% en hombres y del 3,2% en mujeres, y que el 5,8% de los hombres y el 9,5% de las mujeres experimentarán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses.

En nuestro ámbito de la Atención Primaria en España, la prevalencia de trastornos depresivos se ha estimado en un 20,2% de los pacientes que acuden a consulta del médico, confirmándose que es mayor en mujeres (26,8%) que en hombres (8,1%).

Según el estudio de Kawachi, realizado en Estados Unidos, encontraron que las mujeres presentaban mayor morbilidad y mortalidad en los estados donde tenían menor participación política y autonomía económica, factores que aunque también afectaban negativamente a la salud de los hombres, parecían ser más importantes en el caso de las mujeres8. En un estudio con la población canadiense, Denton y Walters (1999) encontraron que en las mujeres los factores sociales estructurales eran los principales determinantes de la salud, siendo más relevantes en la buena salud de las mujeres que en la de los hombres el estar en la categoría de empleo más alta, trabajar a tiempo completo, tener una familia y tener apoyo social, mientras que en la salud de los hombres influía más no tener pareja o vivir solo.

Por otra parte, diferentes estudios dicen que complementar la medicación antidepresiva con terapia cognitivo-conductual es más efectivo que el tratamiento con antidepresivos exclusivamente, en especial en aquellos pacientes con síntomas graves.

La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas relacionadas con la depresión. La enfermera del centro de salud adopta un estilo educativo y busca la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Para que funcione esta terapia, se necesita que el paciente practique las habilidades aprendidas entre sesiones y ensaye las nuevas conductas.

La EpS en el ámbito comunitario tiene un amplio campo de acción, ya que debe dirigirse hacia la protección y fomento de la salud de todas las personas que habitan en ella. Estas actividades deben de estar dentro de un plan general de salud pública, ya que los problemas de salud son multifactoriales y deben abordarse desde distintas perspectivas.

2. OBJETIVOS

- Comprender mejor la sintomatología del paciente que sufre ansiedad cronificada para saber actuar frente a una crisis.

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados.

- Reducir y minimizar el miedo que genera esta enfermedad de cara al personal sanitario a causa del desconocimiento que existe.

3. METODOLOGÍA

Se trata de una revisión bibliográfica en el cual, primero se realizó una búsqueda general sobre obras y estudios llevados a cabo en el contexto español comprendidas entre los años 2000- 2018, que hubieran relacionado la “Ansiedad” con la situación actual de incidencia y prevalencia de esta enfermedad en nuestro país y la función por parte del personal de enfermería en establecer y llevar a cabo programas de promoción, prevención y estrategias de afrontamiento; ésta búsqueda se complementó después con una búsqueda menos extensa en contenido inglés.

La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Google, Scielo, PubMed, EMBASE, Cochrane Plus, Cuiden y CINAHL; siendo los términos usados en la búsqueda en castellano los siguientes: “ansiedad”; “Enfermería”; “terapias”; “depresión”; “plan de cuidados”; y en inglés: "anxiety"; "Nursing"; "Therapies"; "depression"; "care plans“.

Las estrategias de búsqueda anteriores se complementaron con una revisión manual de la bibliografía de los artículos identificados y con una recogida de los datos más relevantes de cada uno de los artículos de manera individual, realizando posteriormente una comparativa común de dichos resultados.

4. RESULTADOS

Es posible desarrollar trastorno de ansiedad generalizada con o sin los factores de riesgo, pero hay que destacar que a mayor factor de riesgo mayor será la probabilidad de desarrollar dicho trastorno. Según Hettema los factores de riesgo para la ansiedad y depresión son:

- **Sexo:** Las mujeres tienen dos veces mayor riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada que los hombres. Razones para esto incluyen factores hormonales, expectativas culturales (cuidar las necesidades de otras personas en casa, en la comunidad, y en el trabajo), y mayor voluntad para visitar a los médicos y hablar acerca de su ansiedad.

- **Historial Familiar:** Los trastornos de ansiedad tienden a encontrarse en familias. Esto podría ser a causa de dinámicas familiares, como el no lograr aprender habilidades efectivas para enfrentar problemas, comportamientos sobreprotectores, abuso y violencia.
- **Factor Genético:** Aproximadamente uno de cada cuatro (25%) parientes de primer grado con trastorno de ansiedad general serán afectados.
- **Abuso de sustancias:** El abuso de nicotina, alcohol, marihuana, y cocaína puede incrementar el riesgo de trastorno de ansiedad general.
- **Condiciones Médicas:** Los pacientes con quejas físicas inexplicadas, síndrome del intestino irritable, migraña, o condiciones de dolor crónico tienen un riesgo más alto de trastorno de ansiedad general.

- **Factores Socioeconómicos y Étnicos:** Miembros de grupos minoritarios pobres, particularmente inmigrantes, tienden a tener un riesgo más alto de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada. Esto podría ser a causa de problemas para ajustarse a una nueva cultura, sentimientos de inferioridad, alienación, y pérdida de fuertes lazos familiares.

- **Depresión:** El trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia ocurre al mismo tiempo que la depresión, particularmente depresión mayor o distimia (depresión crónica leve). Los adolescentes con depresión parecen estar particularmente en riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad generalizada en la adultez.

- **Factores Culturales:** Dos estudios en el año 2000 encontraron que los índices de ansiedad entre niños y adolescentes habían incrementado significativamente desde la década de 1950. Ambos estudios sugirieron que la ansiedad estaba relacionada con una falta de conexiones sociales y un sentido incrementado de amenaza en el entorno.

- **Eventos Estresantes en Personas Susceptibles:** La aparición inicial del trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia sigue a un evento altamente estresante, como la pérdida de un ser amado, pérdida de una relación importante, la pérdida de un empleo, o ser víctima de un crimen.

A este tipo de paciente se les asocia altos porcentajes de comorbilidad, destacando la aparición conjunta de fobia social en los casos severos de depresión y dolor crónico y otras patologías somáticas si está asociado a enfermedades crónicas o terminales. Para ello, existen diferentes métodos terapéuticos en los casos cronificados:

a) **Tratamiento farmacológico:** Existen múltiples principios activos, de los que destacan:

- **Ansiolíticos:** Actualmente es el más empleado, destacando las benzodiacepinas, que actúan a nivel del sistema límbico y son de rápida absorción y son bien tolerados por los pacientes, buspirona (tardan 2 semanas en empezar su mecanismo de acción) y pregabalina.

- **Antidepresivos:** Fármacos psicotrópicos de los que destacan la fluoxetina o “píldora de la felicidad”, venlafaxina.

b) **Tratamiento psicológico**: Existen 3 tipos de terapias:

- **Conductual:** Condicionamiento clásico y operante.
- **Contextual:** Centrada en nuevas habilidades centradas que van enfocadas a que el paciente acepte su situación y lo que no se puede cambiar de ésta y en caso de que pueda, hacerlo.
- **Cognitivo-conductual:** Es la más usada en estos casos por ser más eficaz a centralizarse en identificar y cambiar los aspectos cognitivos y conductuales producidos por los trastornos, aportando recursos a la persona para que pueda enfrentar estos “miedos” sin el uso de tratamiento farmacológico.

Aun así, existe mucho incumplimiento terapéutico debido a estigmas sociales, la dificultad para continuar con el tratamiento y su coste en el mercado y la falta de seguimiento por parte del personal sanitario. Para ello, es necesario por parte del personal de enfermería simplificar la toma de la medicación con pautas más sencillas, teniendo en cuenta sus recursos socio-económicos y realizar una reducación centrándose en los objetivos pautado hacia una mejora a corto-medio plazo sin que el paciente sienta que se le está obligando o que la sociedad le puede juzgar.

5. CONCLUSIONES

El trastorno de ansiedad generalizada es una patología mental crónica que va en aumento, con una prevalencia e incidencia cada vez más elevada en la población, especialmente por la situación económica actual que sufre el país. Tradicionalmente, el tratamiento farmacológico ha sido la terapia de primera elección para este trastorno, pero en la actualidad se combina con diferentes formas de abordaje terapéutico, como son las terapias psicológicas.

Para que estas formas terapéuticas tengan efecto en el paciente es imprescindible realizar un buen abordaje por parte de los profesionales sanitarios.

La enfermería como profesión destinada a cuidar y atender a las personas en todos sus contextos, es idónea para realizar un abordaje terapéutico eficaz mediante la promoción y la educación para la salud. Por ello como primer paso hacia ese objetivo, es conveniente ampliar los conocimientos acerca de la enfermedad y de sus formas terapéuticas para así ser capaces de realizar intervenciones enfermeras eficaces. En definitiva, es necesario realizar intervenciones que no supongan un gran esfuerzo para el paciente, pero que favorezcan e incluso potencien los efectos que estas terapias producen en ellos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Quintero AO. Sentido de la vida, ansiedad y depresión en la mujer madura. 2015;2(4):467-2.
2. Lépine J. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. J Clin Psychiatry 2001;62(suppl 13):1,478-10.
3. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
4. Hortal EG, Royo JV, Abad JH, Soriano IB, Blanca AJ, Prat MA. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. Atención Primaria 2002;29(6):329-335.
5. Aznar MPM, Guerrero K, Matías RG. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. International Journal of Clinical and Health Psychology 2006;6(1):7-21.

6. Heerlein A. Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. Revista chilena de neuro-psiquiatría 2002;40:63-76.
7. Ministerio de sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008; 2006(10).
8. Generalitat de Catalunya. Pla director de salut mental i addiccions de Catalunya. Planificació i Avaluació. . 1st ed. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació.; 2006.
9. Perea Quesada R. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. 2002.
10. Hettema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. Arch Gen Psychiatry 2005;62(2):182-189.

TEMA 244. ASMA
MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS.

MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO

MARÍA JESÚS DÍAZ SUÁREZ

CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS:

1- CONTROL MEDIOAMBIENTAL.

2- INMUNOTERAPIA CON ALÉRGENOS.

3- VACUNACIONES ANTIGRIPAL Y ANTINEUMOCÓCICA.

4- EJERCICIO FÍSICO, FISIOTERAPIA RESPIRATORIA Y DIETA SALUDABLE.

INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas con alta prevalencia, afectando a un 5% de los adultos y hasta un 12% de los niños. Tiene un gran impacto a nivel social, sanitario y económico. Aunque disponemos del arsenal terapéutico adecuado para conseguir in mejor manejo de la enfermedad, aún hay un elevado número de pacientes que están mal controlados.

Los hallazgos clínicos más frecuentes y característicos del asma son los siguientes_

-Sibilancias respiratorias, disnea, tos seca y opresión torácica. Se combinan entre ellos y ocurren de forma episódica y recurrente.

- Los síntomas empeoran por la noche o de madrugada y , además, varían en intensidad y a lo largo del tiempo.

- Los síntomas se pueden desencadenar por infecciones virícas de la vía aérea superior, el ejercicio físico, la risa, la contaminación, el humo del tabaco, los olores fuertes o los cambios de clima, y por desencadenantes individuales, como son los alérgenos.

Después de que el paciente ya ha sido diagnosticado. Hay que controlar la enfermedad. Hay dos formas: con tratamiento farmacológico y con medidas no farmacológicas.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Las medidas no farmacológicas son de gran relevancia para el tratamiento del asma. Deben indicarse y aconsejarse en todos los pacientes para mejorar los síntomas, conseguir mejor control del asma, así como reducir el riesgo de brotes.

1- CONTROL MEDIOAMBIENTAL

- Humo del tabaco: Los asmáticos fumadores tienen síntomas más graves y una peor respuesta al tratamiento, así como una mayor pérdida de la función pulmonar, por lo que la deshabituación del tabaco de ser el primer objetivo de tratamiento en pacientes asmáticos fumadores. También debe evitarse el tabaquismo pasivo.
- Evitar el uso de a AINE en pacientes on posible EREA: La enfermedad respiratoria exarcebada por aspirina es un fenotipo que suele asociarse a mayor gravedad de asma. Estos pacientes pueden tener exacerbaciones graves, pudiendo llegar incluso a ser mortales cuando se les administra ácido acetilsalicílico.

- Evitar exposición a contaminantes ambientales: En el paciente asmático debe evaluarse si el asma se ha desarrollado en la edad adulta y si los síntomas se agravan o aparecen en un ambiente laboral para poder controlar la exposición a determinadas sustancias o adoptar medidas de evitación. Debe evitarse el contacto con agentes irritantes (humos , gases, lejías, etc.)

- Evitar alérgenos en pacientes alérgicos o con hipersensibilidad: En los casos de asma alérgica se deben de realizar recomendaciones, como evitar tener animales en domicilio, si se ha demostrado una hipersensibilidad a epitelio de animales. También deben evitar ambientes con polvo y humedades.

2- INMUNOTERAPIA CON ALÉRGENOS:

Hay dos tipos de inmunoterapia con alérgenos en función de la vía de administración: la inmunoterapia subcutánea y la inmunoterapia sublingual. La vía subcutánea debe ser administrada por especialistas y la vía sublingual tiene menos efectos adversos, pero necesita el cumplimiento diario del paciente.

3- VACUNACIONES ANTIGRIPAL Y ANTINEUMOCÓCICA:

Las vacunaciones antigripal y anteneumocócica no han demostrado ser eficaces para prevenir el asma, pero deben recomendarse para evitar complicaciones. La vacunación antigripal se debe recomendar en pacientes con asma moderado y grave. La vacunación antineumocócica se recomienda especialmente en asmáticos graves.

4- EJERCICIO FÍSICO, FISIOTERAPIA RESPIRATORIA Y DIETA SALUDABLE

En los pacientes asmáticos se recomienda realizar ejercicio físico adaptado a cada paciente. Los beneficios del ejercici y la rehabilitación respiratoria son:

- Mejora la disnea.

-Retrasa la pérdida de función pulmonar.

- Aumenta la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.

- Fortalece la musculatura.

- Mejora el acondicionamiento cardiopulmonar.

- Beneficios psicológicos.

- La finalidad de los ejercicios respiratorios sería una reeducación de la respiración para mejorar la percepción de la disnea y de la hiperventilación. Se utilizan técnicas de reeducación del diafragma, técnicas para mejorar la capacidad respiratoria, técnicas de relajación.
- Respecto a aspectos dietéticos, en los pacientes asmáticos deben controlarse alergias alimentarias y el peso. Debe evitarse el sobrepeso ya que la obesidad es capaz de aumentar la prevalencia y los síntomas del asma.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

Guía española para el Manejo del Asma, GEMA 4.3.En http:/www.gemas-ma.com.

Vicaró J Gimeno-Santos E. Eficacia fisioterapia respiratoria en el asma.Rev Asma 2016; 1(2):41-5.

TEMA 245. 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 246. CALIDAD ASISTENCIAL EN EL MEDIO HOSPITALARIO

- SILVIA ZAPICO GUTIERREZ
- PABLO RODRIGUEZ NEIRA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN.
- COMO MEDIR LA CALIDAD ASISTENCIAL.
- EVITAR RETRASO Y ERROR DE DIAGNÓSTICO.
- CONCLUSIÓN.
- RESULTADOS.
- BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la calidad asistencial como: «Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas,protectorasydemantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite».

De esta definición, es necesario hacer énfasis en, al menos, tres aspectos: — Recursos materiales y humanos. Para obtener una buena calidad asistencial, hay que asignar los recursos necesarios. Sin recursos no es posible ofrecer una buena calidad; pero, a veces, con recursos la calidad puede ser mala. — Basada en los conocimientos científicos.

Es necesario tener una buena formación en geriatría y poseer los conocimientos actualizados. — Aproximación global. Se debe considerar el problema de salud de forma global y completa desde la educación sanitaria hasta las necesidades de mantenimiento. De igual manera se deben considerar las implicaciones clínicas, funcionales, mentales y sociales de cada caso concreto.

COMO MEDIR LA CALIDAD ASISTENCIAL

En términos más prácticos y operativos, la calidad se debe definir en criterios o variables que puedan ser medidas. Normalmente estos criterios de calidad pueden expresarse de tres modos: estructura, proceso y resultados (2).
Criterios de estructura Los criterios de estructura se refieren a aquellos atributos de un programa o un servicio de salud que tienen que estar disponibles para realizar el servicio de forma adecuada. Estos elementos incluyen: la formación del personal, los ratios de personal, la estructura física de una planta de hospitalización o la tecnología necesaria para realizar el servicio, e incluso ciertas estructuras organizativas (comités de ética, procedimientos de atención de urgencias, etc.). Estos indicadores la mayoría de las veces dependen más de las creencias de los profesionales que de datos empíricos contrastados.

- Criterios de proceso Como su nombre sugiere, los indicadores de proceso se refieren a qué es lo que se hace con los pacientes y cómo se hace. La premisa fundamental de cualquier estándar de proceso es la siguiente: «siguiendo
- este proceso, se obtendrán mejores resultados». De igual manera que los anteriores, en la mayoría de los casos, estos estándares dependen más de las creencias personales que de los datos empíricos. En ocasiones, los criterios de proceso se ordenan en protocolos que dicen cómo hay que diagnosticar y tratar una determinada enfermedad. Cuando estos protocolos están basados en la evidencia científica, se les llama guías de práctica clínica.

EVITAR EL RETRASO Y ERROR DIAGNÓSTICO

- Los procesos graves, y más si son de rápida evolución, deben ser diagnosticados lo más tempranamente posible.
- Eso implica formación (diagnóstico diferencial, signos de alarma,…) y una organización que ponga a disposición de los profesionales sanitarios los medios diagnósticos y terapéuticos precisos en un plazo razonable.
- Formación, organización y medios para evitar el error y el retraso diagnóstico son considerados y tratados como estratégicos en los servicios de salud más implicados en la SP. Mediadas como la priorización de las listas de espera para pruebas complementarias, para intervenciones quirúrgicas van en la línea de mejorar la seguridad.

CONCLUSION

En general, se podrían recomendar los siguientes criterios en la medida de la calidad asistencial:

Estructura:

a) Ratio de personal. Equipo mínimo formado por médico, enfermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajador social y logopeda.

b) Formación del personal reglada , incluyendo un plan de formación continuada.

c) Existencia, al menos, de los siguientes planes: emergencia médica, incendio y evacuación.

Proceso :

a) Criterios de ingreso y cartera de servicios escrita y pública.

b) Valoración antes del ingreso.

c) Valoración interdisciplinar al ingreso en la unidad.

- Indicadores de resultado Un resultado es la situación final que se ha producido tras una actuación médica (por ej., alta a domicilio). Los criterios de resultados son los más difíciles de establecer, pero los más prácticos para evaluar un servicio de salud. No obstante, aunque los resultados negativos son fáciles de medir, no ocurre lo mismo con los resultados positivos, que son difíciles de definir en enfermedades crónicas o de larga evolución.

Debe incluir valoración médica, nutricional, farmacológica, funcional, mental y social como mínimo.

d) Existencia de un plan de cuidados al ingreso y revisado periódicamente. Como mínimo debe ser examinado ante cualquier cambio clínico del paciente.

e) Existencia de un plan de alta.

f) Existencia de un programa reglado de formación y educación al cuidador principal.

g) Existencia de protocolos de atención de los grandes síndromes.

h) Monitorización de eventos adversos (por ej., caídas).

i) Control y monitorización de restricciones físicas y farmacológicas.

j) Control y monitorización de infección nosocomial.

k) Derivaciones de pacientes a y desde otras unidades

RESULTADOS:

- Siempre de debe realizar ajuste de riesgo en función de la situación basal previa al ingreso.
- a) Positivos: como mínimo, ganancia funcional, situación mental al alta, altas a domicilio, disminución del número de fármacos.
- b) Negativos: como mínimo, mortalidad, ingreso en residencia de ancianos, derivación a unidades de agudos.
- c) Satisfacción del paciente y del cuidador con el servicio.
- d) Calidad de vida del paciente.
- e) Integrar algún sistema de case-mix en la valoración de resultados

BIBLIOGRAFÍA

-Evaluación de los resultados obtenidos. En: Muir Gray JA, editor. Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.

-Joint Commission International: JCI Accreditation Standards for Hospitals, 3rd Edition 2007

-. Brook RH, McGlynn EA, Cleary PD. Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. N Engl J Med 1996; 335: 966-7.

-Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson ML (eds). To Err Is Human: Building a Safer Health System. [monografía en Internet]. Washington DC: National Academy Press, 2000. [citado 19 Jun 2010]. Disponible en: http://www.nap.edu/catalog/9728.html

TEMA 247. REDUCCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS EN LA UNIDAD DE NEONATOS.

- DILEY CASARIEGO GARCIA
- MARIA PILAR CABALLERO SANCHEZ

ÍNDICE

¿QUÉ ES LA BRONQUIOLITIS?
OBJETIVOS
MEDIDAS PREVENTIVAS
BIBLIOGRAFIA

¿ QUÉ ES LA BRONQUIOLITIS?

La Bronquiolitis (BA) es una enfermedad aguda de etiología viral, caracterizada por obstrucción de la pequeña vía aérea. Se define como “ primer episodio” de dificultad respiratoria y ruidos respiratorios de pecho en un lactante (niño menor de 2 años) “Precedido” de síntomas catarrales.

El mas habitual es el virus respiratorio sincitial (VRS) es el causante de una importante proporción de los casos.

En época epidémica el 80% de los hospitalizados son VRS+.

En el hemisferio norte es más frecuente entre Noviembre-Abril, con un pico en Enero-Febrero.

Otor virus por orden de importancia son: rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, influenza prainfluenza y boca virus. La predominancia de cada virus depende de la estación del año y del área geográfica.

OBJETIVOS

Analizar Como reducir la propagación de virus respiratorios que persisten durante períodos prolongados en superficies y objetos inanimados., además de la transmisión al ambiente a través de las gotita de tramision.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Evitar acercarse al bebé si se está resfriado. En caso necesario o si quien está resfriado es el padre o la madre, lavarse antes las manos e, incluso, ponerse una mascarilla.

Utilizar pañuelos de papel desechables, lavarse las Manos después de usarlos y tirarlos.

Toser hacia otro lado tapándose la boca con el antebrazo.

Evitar fumar tanto dentro de casa como en el coche, puesto que el tabaco hace que las vías respiratorias estén más sensibles al daño originado por los virus. Además las partículas del humo del tabaco permanecen en el ambiente durante mucho tiempo.

Lavar con agua y jabón los objetos que tocan los bebés, sobre todo si alguien resfriado los ha tocado.

Intentar mantener separados a los niños Más pequeños de los bebés.

Tener en cuenta que los besos también pueden transmitir los virus respiratorios

Aplicar todas estas medidas tanto en casa como en la guardería.

BIBLIOGRAFÍA

PAG WEB
www.immedicohospitalario.es

Www.www.guiasaludintegral.es

www.guiasaludintegral.es

Www.apcontinuada.Es

TEMA 248. CÁNCER Y USO DE OPIÁCEOS.

BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA

EVA GARCIA ALONSO

GONZALO DOMINGUEZ DIAZ

ALBA GARCIA BAS

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCION
3.CONCEPTO Y TIPOS DE DOLOR
4. ESCALAS DE DOLOR. ESCALA DE LA OMS
5. RESULTADOS
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN
7. BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

El diagnóstico de cáncer es de los más temidos, genera en el afectado y en su entorno un sinnúmero de sentimientos negativos que repercute fuertemente en el ámbito personal, social y laboral. El dolor sigue siendo un síntoma no deseado y frecuente en estos pacientes dado principalmente por invasión tumoral .

Resulta imprescindible reconocerlo, valorarlo y tipificarlo para iniciar la terapia.

En ocasiones, los pacientes sufren el dolor indeseado por la falta de implicación sanitaria . En otras , el abuso de analgesia no adecuada a la patología genera un gasto sanitario innecesario en relación a las visitas a las urgencias de los hospitales de este tipo de pacientes .

Palabras clave :

Dolor oncológico, opiaceos,cuidados paliativos, dolor neuropático.

INTRODUCCION

El dolor oncológico Terminal intenso es una circunstancia evitable, a pesar de los avances en los últimos diez años: hasta el 30% de los pacientes tienen dolor en el momento del diagnóstico de su proceso oncológico, llegando estos porcentajes al 60-80% en fases terminales de la enfermedad oncológica. La introducción de las unidades del dolor y de los cuidados paliativos en la cartera de servicios de la mayoría de hospitales ha supuesto un importante paso adelante pero no es suficiente para abarcar todas las necesidades de este colectivo de pacientes y familiares

Los pacientes y más frecuentemente los familiares tienen importante limitaciones a la hora de aceptar un tratamiento con opioides mayores, por las connotaciones sociales de los mismos o por la identificación de la morfina como “enfermedad de gravedad extrema”. El tratamiento farmacológico, combinado con medidas físicas y psicosociales, y las técnicas invasivas cuando sean precisas son las principales armas terapéuticas.Con su uso puede conseguirse un control satisfactorio del dolor en la mayor parte de los pacientes.

CONCEPTO DE DOLOR

Una lesión en los tejidos causa dolor, entendido como una experiencia subjetiva que depende de las características de la persona que lo experimenta. La máxima expresión de la integración de las dimensiones físicas, psíquicas y sociales del dolor acontece en las personas con cáncer en fase terminal, una situación de"dolor total" La intensidad del dolor se determina con la información del paciente, recogida en las escalas de intensidad . Éstas permiten conocer el grado de dolor en ese momento y comprobar la respuesta al tratamiento.

La gravedad del dolor debe ser valorada, además, en función de su repercusión en la vida diaria. En un mismo período de tiempo el paciente puede tener más de una sola causa o lugar afectado. A nivel celular, las células tumorales liberan prostaglandinas, citoquinas y factores de crecimiento que atraen células inflamatorias y activan nociceptores. Si el tumor es de rápido crecimiento, se comprimen nervios o bien son lesionados por hipoperfusión o por proteolísis directa. En el caso de las metástasis óseas, el dolor se genera por liberación de prostaglandinas, bradiquinina, sustancia P e histamina junto con la ocupación del espacio por el tumor y la presión ejercida sobre el periostio. Por otro lado, el aumento de la actividad osteoclástica genera disminución del pH, con la activación de nociceptores sensibles a éstos cambios.

VALORACION Y TIPOS DE DOLOR

Una inadecuada valoración del dolor del paciente es el mayor impedimento para una buena analgesia. El dolor, para ser tratado, debe ser identificado y valorado, lo que requiere de una buena evaluación. Existen varios métodos confiables y validados para establecer la severidad o intensidad del dolor, entre ellos las escalas numéricas del 0 a 10, las escalas verbales descriptivas - ninguno, leve, moderado, severo, insoportable- y las visuales análogas (0 a 3 leve, 4 a 6 moderado, 7 a 10 severo). Otro tipo de instrumentos se preocupan de algunas dimensiones asociadas a la experiencia dolorosa, como la actividad física, emociones, grado de mejoría y satisfacción con el tratamiento, etc. Junto con la medición de la intensidad dolorosa, es imperativo establecer el tipo de dolor para guiar la terapia.

Dolor Nociceptivo: Causado por la estimulación de nociceptores. Existen dos tipos:

-Somático: Constante, intenso, localizado, opresivo y/o punzante. Se origina en 5 nociceptores de piel, músculo o hueso.

-Visceral: Constante, sordo, mal localizado; causado por daño o presión sobre órganos y vísceras.

Dolor Neuropático: Quemante, punzante, como agujas. Causado por lesión del sistema nervioso periférico o central.

Dolor Mixto: Con características de dolor nociceptivo y neuropático; es el tipo de dolor más frecuente en el paciente oncológico.

La evaluación del dolor debe ser hecha en forma seriada para establecer su evolción y modificar la terapia en función de ella.

Lugar, intensidad, duración, tipo de dolor,respuesta a analgésicos usados,terapia coadyuvante y enfermedades asociadas deben ser analizados.

Hay factores específicos del paciente que deben considerarse por influir la percepción del dolor, y

por tanto, dificultar el diagnóstico.

Edad, enfermedades asociadas, estado psicológico, factores étnicos, religiosos y culturales deben tenerse en cuenta.

Los adultos mayores comparados con los jóvenes, por ejemplo, expresan menos dolor.

La ansiedad, cansancio o el insomnio disminuyen el umbral doloroso.

Escalas de evaluación del dolor

Las escalas ayudan a detectar el dolor. En los pacientes conscientes y comunicativos podemos utilizar:

Escala visual analógica (EVA)
Escala Numérica Verbal (ENV)
Escala Descriptiva Verbal (EDV)
Escala analgesica de la Organización Mundial de la Salud de la OMS.

ESCALA DE LA OMS

El Método Escalonado de la OMS para Aliviar el Dolor es una manera simple, poco costosa y efectiva para controlar el dolor oncológico y que, bien llevado, puede otorgar alivio del dolor al 75 a 90% de los pacientes con cáncer. Su aplicación se basa más en la intensidad del dolor que en el mecanismo subyacente o el estadio de la enfermedad.

- Escalon 1 : paracetamol y/o AINES y/o coadyuvantes.
- Escalon 2:opioides menores y/o AINES y/o coadyuvantes.
- Escalon 3: Opioides menores y/o mayores.
- Escalon 4: Opiodies mayores y/o todo lo anterior.

Los efectos colaterales más frecuentes de los opioides son náuseas, sedación y enlentecimiento de la motilidad gastrointestinal. Mientras que la constipación requiere medidas a permanencia, las náuseas en general se presentan en los primeros días de uso solamente. Si la terapia con opioides se realiza con controles periódicos, modificando la analgesia de acuerdo a la respuesta del paciente, el riesgo de una dependencia psíquica es rara. En cambio, una dependencia física sí es frecuente, por lo que debe evitarse su discontinuación brusca .

CONTROVERSIAS

La escala analgésica de la OMS fue desarrollada para mejorar el control del dolor oncológico. Las controversias sobre su aplicación derivan de las observaciones que muestran la ausencia de un efecto aditivo analgésico con la asociación de AINE a los opiáceos, las dudas de la mayor eficacia de los opiáceos menores respecto a los AINE y los adecuados resultados que se obtienen con el uso temprano de dosis bajas de morfina en pacientes no tratados con fármacos del segundo escalón analgésico. La propuesta sería la utilización de 2 escalones analgésicos, los AINE para el dolor leve y los opiáceos mayores para el dolor que no responde a los AINE. Retardar la aparición de los efectos secundarios, fundamentalmente somnolencia y estreñimiento, es una de las principales razones para seguir graduando el uso de los analgésicos en las 3 líneas clásicas.

RESULTADOS

El dolor tipo oncológico se conoce como “dolor total” ya que se combina el físico con el emocional más sufrimiento de paciente y familiares.
Un porcentaje del 40% no considera que se esté tratando bien su dolor. Es importante recordar que el personal de enfermería es quien está de una forma más cercana al paciente aunque sea el facultativo quien prescriba.

CONCLUSIONES

El tratamiento del dolor intenso es una obligación ademas de una necesidad. En ello juega un papel importante la enfermería para proporcionar tanto al paciente como a la familia toda la información , ayuda y apoyo que necesiten.

Cada día los profesionales de enfermería se implican más en el conocimiento y manejo del dolor oncológico pero todavía quedan lagunas en cuanto a evaluación del dolor , tratamiento de estos pacientes y uso de analgésicos efectivos.

BIBLIOGRAFÍA

Miguel Ángel Benítez Rosario. Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico en Atención Primaria. Revista Elsevier. 2018; 38. S2: 1-92.
Disponible en:
http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-diagnostico-tratamiento-del-dolor-oncologico-13094773

Antonio Pernia. Tratamiento del dolor terminal intenso. Rev. Soc. Esp. Dolor vol.15 no.5 Madrid jun./jul. 2008 Revista Scielo 2018.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462008000500005

P Khosravi Shahi P. A. del Castillo Rueda, G. Pérez Manga. Manejo del dolor Oncológico. An. Med. Interna (Madrid) vol.24 no.11 nov. 2007.Revista Scielo 2018. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007001100010

G Píriz Álvarez . El dolor oncológico:Un problema no resuelto. Rev. Méd. Urug. vol.20 no.1 Montevideo mar. 2004.Revista Scielo. 2018, Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902004000100005

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

ÍNDICE

1. FORMOL: GENERALIDADES Y USOS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA
2. RIESGOS DEL USO DE FORMOL
3. MEDIDAS DE PROTECCIÓN FRENTE AL FORMOL
4. CONCLUSIONES
5. BIBLIOGRAFÍA

1. FORMOL: GENERALIDADES Y USOS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA

Actualmente el fijador de rutina en el laboratorio de Anatomía Patológica es el Formol o Formaldehído. Su función es la de preservar los tejidos mediante la inhibición de los procesos de degradación que tienen lugar de forma natural tras la muerte celular.

El Formol en estado puro es un gas tóxico muy irritante de mucosas, que se disuelve muy fácilmente en agua. Su uso conlleva riesgos para la salud de los trabajadores que se exponen diariamente a él.

En el laboratorio de Anatomía Patológica, el uso principal del formol es en la sala de tallado y en la sala de autopsias, para preservar las biopsias, piezas quirúrgicas y órganos.

2. RIESGOS DEL USO DE FORMOL

Su alta volatilidad hace que el ambiente se contamine fácilmente y hace posible que pueda inhalarse o entrar en contacto con ojos y piel del Técnico Especialista en Anatomía Patológica (TEAP), en caso de salpicaduras fortuitas.

Los daños del formol sobre la salud son:

- Reacciones alérgicas por inhalación o contacto directo
- Irritaciones agudas en nariz, garganta, ojos y párpados
- Irritabilidad, alteraciones del sueño y la memoria, fatiga, náuseas y dolor de cabeza.

2. RIESGOS DEL USO DE FORMOL

En enero de 2016 el Formol ha sido reclasificado por la Asociación Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) de “se sospecha que puede provocar cáncer” a “puede provocar cáncer” (1B) y “mutagénico” (2).

Conociendo los riesgos del formol, es imprescindible establecer todas las medidas preventivas necesarias para reducir la cantidad de formol en el ambiente mediante medidas colectivas, así como adquirir unos buenos hábitos de trabajo utilizando debidamente los Equipos de Protección Individual (EPI’s)

3. MEDIDAS DE PROTECCION FRENTE AL FORMOL

Como medidas de conjunto deben de tener unos protocolos establecidos en caso de derrame así como unas instalaciones aptas para la minimización de éstos.

Las piezas quirúrgicas deben ser lavadas en agua corriente para minimizar los vapores del Formaldehído durante el estudio macroscópico.

Las mesas (cabinas) tendrán apertura frontal y extracción de aire forzada al exterior, con filtración previa (filtros de óxido de aluminio o permanganato potásico) y armarios estancos con extracción de aire al exterior donde guardar los botes.

3. MEDIDAS DE PROTECCION FRENTE AL FORMOL

Como EPI´s se tiene que tener y usar:

- Mascarillas autofiltrantes: son mascarillas de categoría III con filtro para vapores orgánicos, inorgánicos, gases o vapores ácidos, amoníaco y derivados orgánicos (tipo ABEK). Para uso exclusivo del Formaldehído conviene usar filtros tipo B2P3.
- Gafas: deben tener montura integrada con ocular panorámico, adaptables al rostro, estancas frente a gases y vapores y capaces de proteger de salpicaduras.
- Guantes: de nitrilo, butilo o neopreno y para la protección parcial se utilizan delantales o manguitos.

3. MEDIDAS DE PROTECCION FRENTE AL FORMOL

Asimismo, son necesarios los controles periódicos para verificar que la concentración de Formol en ambiente en las distintas áreas de trabajo del laboratorio se halla en valores seguros.

Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), el valor límite ambiental para exposición diaria (VLA-ED) para el Formol es de 0,3ppm (0,37mg/m^3).

4. CONCLUSIONES

Debido a que el uso de Formol es sistemático en Anatomía Patológica y por tener éste toxicidad más que conocida y probada, se hace primordial la necesidad de que el TEAP y cualquier trabajador a él expuesto conozca qué efectos nocivos tiene sobre su salud y qué maneras existen para evitarlos, y si no es posible, reducirlos lo máximo posible.

En relación al trabajo con Formol, en el laboratorio de Anatomía Patológica, los buenos hábitos de higiene y seguridad, así como una correcta y suficiente información, son determinantes en aras de conservar un nivel de salud óptimo.

BIBLIOGRAFÍA

- García del Moral, R, Laboratorio de anatomía patológica,. Interamericana, McGraw Hill, 1993.

- Hofman P. Revue Francophone des Laboratoires. Volume 2009, Issue 408, January 2009, Pages 45-48

- Agencia sobre sustancias tóxicas y el registro de enfermedades: http://www.atsdr.cdc.gov/es/

TEMA 250. PACIENTE PORTADOR DE MARCAPASOS.

- SANDRA SOTURA CARRERA
- PATRICIA OTERO MENÉNDEZ
- LLIBERTÁ LORENZO COLLAZO
- CAROLINA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

DEFINICIÓN
TIPOS DE MARCAPASOS
CARACTERÍSTICAS
ACTIVIDADES ENFERMERAS

DEFINICIÓN

El marcapasos es un aparato eléctrico que se usa para iniciar las contracciones miocárdicas cuando la estimulación propia del corazón es insuficiente , ya sea por falta de conducción de los impulsos eléctricos o porque la frecuencia sea demasiado baja para mantenrer un gasto cardiaco adecuado.

Las indicaciones más comunes incluyen:
- Bloqueos cardiacos
- Síndrome del seno enfermo
- Taquiarritmias
- Cirugía cardiaca.

TIPOS DE MARCAPASOS

Existen diferentes tipos de marcapasos que se clasifican según las enfermedad en:

Temporales

- Transvenoso (se coloca a través de vía venosa central por medio de radioscopia o en la misma cama del paciente mediante la valoración de la respuesta cardiaca en el monitor de cabecera
- Epicárdico (tras cirugía cardiaca y de modo profiláctico. Se retirará a los pocos días de la intervención)
- Externo o Transcutáneo (se instalan dos parches sobre la piel del paciente . Vienen señalizados con dos marcas , una para el esternón y otra para el ápex.

Definitivos

- Se implantan a través de una vena central. El generador se deja insertado bajo la ppiel de la región axilar o el tórax anterior

CARACTERÍSTICAS

El marcapasos consta de dos partes: el generador y los electrodos.
Los conceptos básicos a tener en cuenta sobre el funcionamiento del marcapasos son :

- La INTENSIDAD de la salida del estímulo , que es el nivel de energía suministrada necesaria para iniciar una contracción cardiaca.
- La CAPTURA , que indica que tras cada espícula del estímulo debe aparecer una contracción cardiaca.
- La SENSIBILIDAD , que es la capacidad del marcapasos de detectar los propios estímulos cariacos.
- La FRECUENCIA , que siempre dependerá del estado del paciente

ACTIVIDADES ENFERMERAS

- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
- Monitorizar los signos vitales.
- Carro de parada con desfibrilador y material de intubación para utilizar en caso de que sea necesario.
- Preparación del material que se va a emplear para la técnica,que será el mismo que el utilizado para la canalización de una vía venosa central más el equipo para el marcapasos.
- Inspeccionar diariamente el punto de inserción y cura aséptica.
- Anotar en la gráfica todos los parámetros del marcapasos así como el día de la colocación y las observaciones que se consideren precisas.

BIBLIOGRAFÍA

- Alconero Camarero AR , Fernández Gutiérrez R , pérez Mena S , Sola Villafranca JM. Registros de enfermería y marcapasos temporal transvenoso. Enferm Cardiol 2000; 19:18-22.

- Almendral garrote J, Marín Huerta E , Medina Moreno O , Peinado Peinado R , Pérez Álvarez L , Ruiz Granell R et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en arritmias cardiacas. Rev Esp Cardiol 2001; 54:307-367

- Alpasch JG. Cuidados intensivos de enfermería en el adulto . 5ª de. México:McGraw-Hill Interamericana ; 2000.

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

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos
- Material y método
- Resultados
- Conclusiones
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia los sistemas y el concepto de calidad han ido cambiando.

En sus inicios, se buscaba cumplir los requisitos que el consumidor establecía sobre el servicio, mientras que en los modelos actuales, basados en el concepto de "calidad total" definido por Feigenbaum, se persigue la mejora continua de la organización.

En general, se puede decir que en los inicios el concepto de "calidad" habla del cumplimiento general de normas, mientras que, en el momento actual, conlleva conocer las necesidades de los clientes y dar respuesta a esas demandas, atendiendo aspectos como el coste y el tiempo.

En cuanto a la asistencia sanitaria, en los años 80 la OMS, (Organización Mundial de la Salud), dentro de su estrategia "Salud para todos en el año 2000", estableció entre sus objetivos, la creación de comisiones eficaces que aseguren la calidad en la asistencia a los enfermos, con sistemas de evaluación y control sistemáticos, y mediante una correcta formación a los profesionales sanitarios.

Posteriormente, en los años 90, la Joint Commision implantó el Indicator Measurement System (IM System), una base de datos nacional con indicadores sobre proceso y resultado, que puso en auge la importancia de las decisiones tomadas por los pacientes a la hora de recibir asistencia.

Partiendo de esta base, son varios los modelos diseñados para la evaluación y gestión de la calidad de los servicios prestados por las empresas, destacando, entre ellos, el modelo EFQM (European Forum for Quality Management) creado en 1988.

Se trata de un modelo de calidad muy extendido en Europa, cuyo objetivo es la evaluación del progreso de un sistema de Gestión de una determinada organización.

Siguiendo los criterios propios del modelo, al concluirlo, la empresa recibirá la acreditación pública pertinente por su búsqueda de la excelencia en la gestión de la calidad.

OBJETIVOS

- Describir brevemente el modelo EFQM.
- Conocer las ventajas de la aplicación del modelo EFQM en el ámbito sanitario.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Sciencie Direct, Pubmed y Cuiden, ejecutada desde el 10 al 15 de Septiembre del 2019.

Las palabras clave empleadas fueron “Calidad asistencial”, “Modelo EFQM”, “Aplicación” y “Sector sanitario”.

Únicamente se seleccionaron artículos publicados en los últimos 20 años y disponibles en texto completo.

RESULTADOS

El EFQM es un modelo ampliamente utilizado que permite comparar estrategias y objetivos conseguidos.

Su aplicación consiste en realizar una evaluación de los diferentes elementos que integran la organización y comparar los resultados con el referente teórico definido por la EFQM.

Los principios en los que se basa son :

·Alcanzar el éxito mediante el talento de las personas
·Gestión ágil.
·Añadir valor a los clientes
·Liderazgo con visión, inspiración e integridad.

- Aprovechamiento de la creatividad y la innovación.
- Desarrollo de la máxima capacidad de la organización.
- Creación de un futuro sostenible.

Según este modelo, una institución debe llevar a cabo una correcta gestión de sus recursos , tanto humanos como materiales, y con una actividad correctamente planificada y ejecutada (procesos), obtener unos resultados óptimos en sus clientes y en los propios trabajadores, sin olvidar el impacto de su actividad en el medio ambiente (físico y social).

Como ventajas cabe destacar que se han realizado adaptaciones para su uso en el ámbito sanitario, simplificando la redacción para facilitar su comprensión por parte de los profesionales de la salud.

Por otro lado, se trata de un modelo versátil, pues sirve tanto para gerencias de área, hospitales, centros de salud, clínicas u otros centros, independientemente de su tamaño o condición.

Además, esta ordenado sistemáticamente, otorgando un marco conceptual común, y permitiendo establecer un diagnóstico de la entidad a estudio en momentos puntuales.

Según diversos autores, ha supuesto un gran avance, ya que ofrece un lenguaje común que permite comparar prácticas entre sectores y empresas muy diferentes, y aprender de las mejores soluciones adaptadas a cada organización.

En el ámbito sanitario, desde que la Organización Mundial de la Salud lanzó la iniciativa “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”, ha cobrado gran importancia el empleo de modelos que permitan evaluar y diseñar programas y medidas que mejoren la seguridad y reduzcan los efectos adversos de la atención.

Este movimiento enlaza con iniciativas anteriores: la calidad científico técnica plasmada desde hace años en el esfuerzo por reducir la infección nosocomial entre otros, tanto en ámbito hospitalario (el más estudiado) como en Atención Primaria.

CONCLUSIONES

El EFQM es un modelo en auge muy extendido en Europa, que busca la excelencia en las organizaciones, basándose en principios que buscan sacar el máximo rendimiento de los recursos disponibles, a través de una gestión creativa, útil y sostenible.

La OMS, ha lanzado múltiples iniciativas y se ha propuesto diversos objetivos que precisan de modelos de calidad que permitan el diagnóstico y la búsqueda de soluciones y mejoras en la asistencia a los usuarios del sistema de salud.

El EFQM supone un modelo aplicable al ámbito de la salud, presentando múltiples ventajas, ya que se trata de un sistema flexible, adaptable a todo tipo de organizaciones, aspecto a destacar dada la versatilidad que presenta el sector sanitario.

Por otro lado, fomenta la formación y la cultura de mejora continua para una asistencia íntegra y de calidad a la hora de atender a los pacientes.

Y facilita la comunicación al suponer un sistema de universal, que permite que diversas empresas mantengan un mismo lenguaje y facilita la comparación y búsqueda de soluciones integrales.

BIBLIOGRAFÍA

- Servicio de salud de Castilla -La Mancha (SESCAM). Manual de Calidad Asistencial [Internet]. Castilla -La Mancha: SESCAM Servicio de Salud de Castilla -La Mancha; 2009 [citado 28 Sept. 2019]. Disponible en http://calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/23.pdf

- Martínez B. Calidad. ¿Qué es el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management)?. An Pediatr Contin.2008; 6(5):315-20.

Maderuelo JA. Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia. Medifam 2002; 12(10): 1-9.

Andoni a, Lorenzo S, Bacigalupe M, Mira JJ, Palacio F, Ignacio E, et al. Adaptación de un modelo de Gestión de Calidad Total al sector sanitario. Rev Calidad Asistencial 2000; 15: 184-91.

TEMA 252. RATIO ENFERMERO-PACIENTE.

- JESÚS MARTÍN ROMERO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- METODOLOGÍA
- OBJETIVOS
- MARCO TEÓRICO
- ANTECEDENTES
- JUSTIFICACIÓN
- CONCLUCIONES
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

Los enfermeros son un pilar fundamental para el sistema sanitario, son los responsables de garantizar los cuidados a las personas.

Por ello es muy importante el nivel de atención enfermero-paciente que este establecido para ofrecer unos cuidados óptimos y de calidad.

La restricciones en el gasto sanitario, es un objetivo evidente para los gestores en salud, con ello se esta llevando a cabo en las contrataciones de enfermero, y conlleva a que la enfermería tenga un mayor numero de paciente que atender, limitando con ello una baja calidad de los cuidados.

METODOLOGÍA

TIPO :
Revisión de la literatura científica

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA
“Nursing Staff” AND “Job Satisfaction” AND “ Sanitary Professional” OR “Burnout”

BASES DE DATOS:

Cinahl , Pubmed, Scopus, Web of Science, Cochrane

Se revisaron un total de artículos científicos Se revisaron un total de 20 artículos científicos entre las fechas del 02 de mayo del 2019 al 24 septiembre del 2019

OBETIVOS

Conocer ratio enfermero-paciente en España.

Conocer la situación actual en los servicios de salud en España.

Conocer la evidencia en una ratio baja.

MARCO TEÓRICO

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEBE ESTAR CUALIFICADO PARA:

1- Ofrecer unos cuidados integrales
2- Administrar la medicación establecida
3- colaborar con los profesionales médicos
4-bridar atención inmediata en caso de urgencia
5-observar y anotar datos clínicos
6-supervisar régimen alimenticio e higiene y conford del paciente

ANTECEDENTES

Hay varios estudios que evidencia que si el numero de enfermero se reduce, la calidad de los cuidados se ve comprometida.

Un estudio realizado por McHugh sobre la enfermería de california, ofrecía mejores condiciones y calidades en los cuidados cuando aumentaba el numero de trabajadores de enfermería en los centros sanitarios.

Hay estudios que han demostrado que unas condiciones laborales donde la ratio enfermero-paciente eran bajas, no suelen recomendar el hospital sin embargo en estados unidos donde la ratio enfermero-paciente es alta si lo recomiendan.

JUSTIFICACIÓN

Son muchos los estudios que demuestran que sobre las consecuencias de una sobrecarga en el trabajo, repercute muy negativamente en los cuidados de enfermería.

En España debido a no existir una legislación que establezca específicamente la ratio enfermero-paciente, se ha llevado a cabo una sobrecarga laboral en el ámbito sanitario.

Este trabajo se ha realizado para conocer datos objetivos acerca de la ratio enfermero-paciente a nivel internacional y los efectos que esto tiene en nuestro País, en relación a la legislación establecida.

CONCLUCIONES

La calidad de los pacientes es una herramienta indispensable para la gestión de los servicios sanitarios.

Se ha evidenciado como mantener unos niveles optimo en los cuidados y al mismo tiempo, la repercusiones que tiene la ratio enfermero-paciente, en la calidad de los cuidados y el desarrollo de los mismo.

Por otro lado se ha evidenciado como afecta la ratio enfermera- paciente suponiendo un aumento de caídas, enfermedades nosocomiales, úlceras, neumonías, equivocaciones a la hora de suministrar medicación.

BIBLIOGRAFIA

1-Ayuso Murillo, D. (2012). Gestión de Enfermería y los Servicios Generales de organizaciones Sanitarias.España. Diaz de Santos.

2-Aranaz, JM.,Aibar, C., Vitaller, J.yMira; JJ. (2008). Gestión Sanitaria. Calidad y seguridad de los Pacientes. España.

3-Colegio General de enfermería. (2014). Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea.

4-Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M & Aisbett, K. (2011), 'Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes', Applied Nursing Research, 24. pp 244-255.

TEMA 253. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL BLOQUE QUIRURGICO.

- OLGA CAAMAÑO SELMA
- JESÚS MARTÍN ROMERO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- METODOLOGÍA
- OBJETIVOS
- INTERVENCIONES EN EL PROCESO QUIRURGICO
- CONCLUCIONES
- BIBLIOGRAFIA

ÍNTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se considera esencial para la calidad sanitaria.

la organización mundial de la salud (OMS) desde su segundo reto “ La Cirugía Salva Vidas” implanto el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) con el objetivo de disminuir los daños del paciente y evitar los efectos adversos.

METODOLOGÍA

TIPO :
Revisión de la literatura científica

ESTRATEGIA DE BUSQUEDA
“Patient Safety” AND “Surgical Equipment” OR “ Sanitary Professional”

BASES DE DATOS:

Cinahl , Pubmed, Scopus, Web of Science, Cochrane

Se revisaron un total de artículos científicos Se revisaron un total de 20 artículos científicos entre las fechas del 02 de mayo del 2019 al 02 septiembre del 2019

OBETIVOS

Determinar las principales líneas de actuación sobre la seguridad clínica del paciente.

Describir las funciones dentro del bloque quirúrgico para aumentar la seguridad del paciente.

INTERVENCIONES EN EL PROCESO QUIRURGICO

FASES:

PREOPERATORIO
INTRAOPERATORIO
POSTOPERATORIO

Para garantizar la correcta asistencia en el proceso quirúrgico

Debemos disponer de los siguientes medios:

FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

ESTADARIZAR LOS PROCESOS

.

INTERVENCIONES EN EL PROCESO QUIRURGICO

HERRAMIENTAS QUE GARANTIZAN LA SEGUIRDAD

Listados de verificación de seguridad quirúrgica : Enmarcado en el Reto Mundial. “LA CIRUGÍA SEGURA SALVA VIDAS”.

ÁREAS TEMÁTICAS Y ASPECTOS ESENCIALES

Cirugía limpia

Anestesia segura

Equipos quirúrgicos seguros y profesionales seguros

Garantizar la calidad

CONCLUCIONES

La seguridad de los pacientes es una de las prioridades para conseguir calidad en los pacientes.

Seguir investigando acerca del bloque quirúrgico mejora la eficacia y la eficiencia.

Todos los profesionales de salud deben de estar formados e informados de todos los procedimientos y el avances que se produzca en cada uno de ello según el avance científico.

Informar e implicar a los pacientes sobre sus cuidados , mejora la seguridad del paciente dentro del quirófano

BIBLIOGRAFIA

1-García M.A., Hernández V., Raúl Montero A, Raquel Ranz G. Enfermería de Quirófano.1ªed.Madrid: (DAE, S.L.); 2005

2-Gómez-Arnau JI, González A. Principios generales de organización y gestión clínica de un bloque quirúrgico. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2001;48:180-7.

3-Manual de aplicación de la lista OMS (Organización Mundial de la Salud) de verificación de la seguridad de la cirugía 2009. La cirugía salva vidas. Seguridad del paciente. Alianza Mundial para una atención más segura.

BIBLIOGRAFIA

4-Grupo de expertos. Bloque quirúrgico. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid; 2009; [acceso 10 de julio de 2019]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/BQ.pdf

5-Castillo J., Puerta J., Martínez R., Narbona B., Moleón M., Herrera A., Proceso de soporte. Bloque Quirúrgico. Consejería de Salud. Sevilla; 2004; [acceso 12 de julio de 2019] Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/
p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/
bloque_quirurgico_v2?perfil=o rg.

TEMA 254. SITUACIONES DE ESPECIAL CONSIDERACIÓN EN EL PACIENTE CON DOLOR.

- HELENA DÍAZ LOSAS
- NATALIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ
- TSIU-YEN CHAN DÍEZ
- AIDA FANJUL ARGÜELLES
- JOSE IVÁN LÓPEZ MARTÍNEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. DESARROLLO DE LA REVISIÓN
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño tisular potencial o real, o descrita en tales términos”.

El dolor tiene un componente orgánico (lesión física) y otro psicológico (sufrimiento, emoción), de modo que el miedo, la ansiedad y las emociones negativas aumentan el dolor.

El dolor es una experiencia multidimensional, en la que se distinguen los componentes neurofuncionales que llevan una mayor o menor repercusión psicoafectiva, cultural, social, económica y espiritual.

2. OBJETIVOS

- Proporcionar una puesta al día de los conceptos del dolor y su taxonomía.
- Revisar los conocimientos actuales sobre el dolor oncológico, dolor postoperatorio y dolor en el anciano.

3. **METODOLOGÍA**

- Revisión sistemática de la literatura
- Las palabras clave utilizadas fueron: dolor, Enfermería, obtenidas de los Descriptores de Ciencias de la Salud.
- Idiomas: español.
- Años de acotamiento: 2011-2018.
- Artículos seleccionados para la revisión: 10

4. DESARROLLO DE LA REVISIÓN

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a diferentes criterios que se detallan a continuación.

- Según el criterio de *duración*: Hay dos tipos de dolor.
    - Dolor agudo: Es una respuesta fisiológica ante un estimulo adverso (mecánico, térmico o químico), asociado a cirugía, traumatismo o enfermedad aguda, cesa cuando lo hace la causa que lo provocó, comportándose como un “signo de alarma”.
    - Dolor crónico: Se define como todo cuadro álgido de más de tres meses de duración, es ilimitado en el tieempo. Persiste después de la lesión que lo originó, y gnera una serie de alteraciones a nivel físico y psicológico que deterioran al enfermo.

- Según el mecanismo *neurofisiológico*: Hay tres tipos de dolor.
  - Dolor neuropático (DN): de acuerdo con la IASP se describe como una forma de dolor crónico, iniciado o causado por una lesión primaria del sistema nervioso, ya sea periférico o central.
  - Dolor nociceptivo: este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático (afección de partes blandas y óseas, generalmente está bien localizado) y visceral (provocado por infiltración, compresión, distensión, tracción o isquemia de vísceras. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo, puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó).
  - Dolor mixto: el dolor neuropático puede coexistir con el dolor nociceptivo.

- Según el criterio *etiológico*:
  - Dolor físico: es aquel dolor producido por un efecto físico.
  - Dolor psicógeno: también llamado *dolor somatoforme*, es un cuadro de dolor en el que los factores psicológicos tienen un papel evidente en la etiología, junto con la ausencia de factores orgánicos, o bien si existen, la intensidad del dolor no se corresponde con la gravedad de los hallazgos médicos.
- Según su *intensidad*:
  - Leve: puede realizar actividades habituales.
  - Moderado: Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.
  - Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

DOLOR ONCOLÓGICO

El dolor es uno de los síntomas más temidos en los pacientes con cáncer. El dolor es un síntoma frecuente en el paciente oncológico pero muestra su mayor incidencia en las fases evolucionadas de la enfermedad, muchos tumores solo producen dolor en las últimas fases de su desarrollo o en las últimas semanas de la enfermedad, casi todos los autores estiman que se presenta entre el 70 y 90% de los pacientes en fases avanzadas o terminales. Según el estudio de Eastern Cooperative Oncology Group (1995), entre el 74% y el 87% de los pacientes oncológicos terminales padecen dolor, y el 13% lo clasifica como muy elevado o insoportable.

Pero esto no excluye que muchos pacientes con cáncer, estén libres de dolor en los periodos iniciales o durante la evolución temprana de la enfermedad, ya que la incidencia varía entre el 30 y 50% de los pacientes en fase de tratamiento oncológico dependiendo del tipo de cáncer.

El dolor producido por una neoplasia puede ser debido a un efecto directo de la enfermedad o bien debido a los tratamientos empleados para curarla.

En los pacientes con cáncer es frecuente la relación con la depresión, algunos estudios afirman que el 83% de los pacientes oncológicos que están deprimidos presentan dolor. El dolor oncológico condiciona todo el entorno vital del paciente, y es un importante problema socio sanitario. Su presencia repercute en la comodidad, afecta a todas sus actividades y motivaciones, a la relación con su familia y amigos, y destruye la calidad de vida. En nuestro país, el dolor por cáncer no tiene una atención multidisciplinar, como sería lo óptimo y deseable según establecen las guías especializadas, por lo que más de la mitad de los pacientes que son atendidos en oncología presentan dolor.

Actualmente, se dispone de suficientes recursos farmacológicos para asegurar el control del dolor en más del 95% de los pacientes. Existen analgésicos opioides y no opioides que se pueden adaptar a la intensidad del dolor oncológico en cada situación, por este motivo, el manejo de este tipo de dolor debe seguir unas normas de tratamiento específicas recomendadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud). En 1986 se publicó “EL Método de la OMS para el Alivio del Dolor por Cáncer”, que desde entonces fue conocido como la Escala Analgésica del Dolor, la cual se divide en escalones según la intensidad del dolor.

Enfermería tiene un papel importante en la práctica diaria de cuidados al paciente oncológico y su familia. Se deben tener en cuenta estos aspectos y desarrollar las competencias adecuadas que le permitan mejorar la calidad de los cuidados, y consecuentemente la calidad de vida del propio paciente.

DOLOR POSTOPERATORIO

El dolor postoperatorio es aquel dolor presente en un paciente quirúrgico a causa de la enfermedad previa, del procedimiento quirúrgico o de una combinación de ambos.

Toda intervención quirúrgica se asocia a un dolor agudo postoperatorio (DAP) cuya intensidad va disminuyendo durante los primeros días y semanas, paralelamente al proceso de reparación tisular. En ocasiones, dicho dolor perdura más tiempo de lo razonable en relación a la agresión quirúrgica.

La definición de dolor crónico postoperatorio (DCP) no encuentra un consenso entre los diferentes autores en la literatura revisada.

La incidencia del dolor postoperatorio sigue siendo elevada (46-53%), debido a un tratamiento inadecuado y a un uso deficiente de analgésicos como los opioides. Entre un 30-75% de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica experimentan en algún momento dolor de moderado a intenso y el 47,9% de los pacientes necesita recibir alguna dosis analgésica de rescate. La manera más eficaz de tratar el dolor es realizando evaluaciones continuadas del mismo, basadas en las respuestas subjetivas del paciente.

El control eficaz del dolor postoperatorio, junto con otros factores como la movilización y nutrición precoz, se relacionan directamente con la disminución de las complicaciones postoperatorias y de la estancia hospitalaria.

DOLOR EN EL ANCIANO

Es escasa la investigación sobre el dolor en el paciente anciano. Algunos estudios señalan que el dolor es un síntoma relevante en el 60% de los ancianos que viven en su domicilio, aumentando en la población de más edad con cifras cercanas al 70% en los mayores de 77 años, y alcanzando el 80% en pacientes institucionalizados.

El dolor músculo-esquelético es el más habitual en las personas ancianas (artritis, artrosis, etc), aunque también resultan frecuentes las cefaleas, el dolor neoplásico, el dolor vascular y otros síndromes. Cualquier dolor provoca síndromes secundarios como: trastornos del sueño, falta de apetito, ansiedad y depresión, que en definitiva, provocan un deterioro importante en la calidad de vida.

El envejecimiento se ha relacionado con una disminución de la percepción del dolor, en función de los cambios de la captación, conducción e integración de los estímulos nociceptivos, creando un estado de hipoalgesia (disminución de la sensibilidad del dolor). Hay autores que tras haber revisado los estudios experimentales realizados en pacientes ancianos, coinciden en que los datos no confirman el estado hipoalgésico, afirmando que el conocimiento actual es insuficiente para esa afirmación.

Los tres tipos de dolor más frecuentes en el paciente anciano son: dolor oncológico, dolor musculo-esquelético y dolor neuropático.

El dolor crónico es la causa más frecuente de sufrimiento y discapacidad, afectando en gran manera a la calidad de vida del sujeto.

5. CONCLUSIONES

Es importarte valorar la conducta de dolor, qué es lo que la persona dice o hace para evitar el dolor.

La exploración física general y una exploración neurológica completa son imprescindibles para evaluar y definir el dolor. La anamnesis y exploración neurológica han de ser previas a la realización de cualquier prueba complementaria.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Bellido Vallejo JC, Rodríguez Torres MC, López Medina IM, Pancorbo Hidalgo PL. Adaptación cultural y validación de contenido del resultado “Nivel del dolor” de la Clasificación de Resultados de Enfermería. Enferm Clin [Internet] 2013 [Cited 30 Julio 2019]; 23(4):154-159. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393164
2. Sánchez Castilla MJ, Calderón Carrasco J. Enfermería ante el dolor total. Rev ROL Enfermería [Internet] 2009 [Cited 30 Julio 2019]; 32(6)36-42. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2994227

3. Blanco Tarrío E. Tratamiento del dolor agudo. Semergen [Internet] 2010 [Cited 29 Julio 2019]; 36(7):392-398. Disponible en: https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=60648
4. Navarro Expósito F, López González JL,Gómez-Utrero Fuentes E, Molina Villaverde R. Protocolo de tratamiento del dolor oncológico. Medicine [Internet] 2013 [Cited 30 Julio 2019]; 11(27):1686-1691. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4162726
5. Puebla Díaz P. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. Oncología [Internet] 2005 [Cited 25 Julio 2019]; 28(3):139-143.Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/anestesiologia/tipos_de_dolor.pdf

6. Reyes Chiquete D, González Ortíz JC, Mohar Betancourt A, Meneses García A. Epidemiología del dolor por cáncer. Rev Soc Esp Dolor [Internet] 2011 [Cited 23 Julio 2019]; 18:118-134. Disponible en: https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=66797
7. González Escalada JR, Camba A, Casas A, Gascón P, Herruzo I, Núñez Olarte JM, Ramos Aguerri A, Trelis J, Torres LM. Código de buena práctica para el control del dolor oncológico. Rev Soc Esp Dolor [Internet] 2011 [Cited 29 Agosto 2019]; 18(2):98-117. Disponible en: https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=66796
8. Muñoz Bermejo L, Casado Verdejo I, Iglesias Guerra JA, Guerrero Martín J, López Pertegal B, Postigo Mota S. Dolor en el anciano. Rev ROL Enferm [Internet] 2013 [Cited 29 Noviembre 2013]; 36(7-8):500-506. Disponible en: https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=82714

9. García Calvo J, Martín Tercero P, Sánchez Gilbert M, Aguayo Osuna MP, Astillero Buitrago JM, Cañizares Carballo G. Prevalencia e intensidad del dolor postoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes en una unidad de urología. Enfuro [Internet] 2011 [Cited 30 Julio 2019]; 119:23-27. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3807538
10. Esteve N, Ribera H, Mora C, Romero O, Garrido P, Verd M et al. Atención del dolor agudo postoperatorio: evaluación de resultados en las salas de hospitalización quirúrgicas. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet] 2011 [Cited 28 Noviembre 2013]; 58(6):353-361. Disponible en: https://medes.com/Public/ResumePublication.aspx?idmedes=67936

TEMA 255. CLEPTOMANÍA.

- **ANA ISABEL MUÑIZ DÍAZ**
- **ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL**

ÍNDICE

- ¿QUÉ ES LA CLEPTOMANÍA?
- CAUSAS
- ¿CÓMO SE PUEDE DETECTAR?
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFÍA

¿QUÉ ES LA CLETOMANÍA?

La cleptomanía es un trastorno psicológico relacionado con una dificultad del control de los impulsos. La persona que lo padece, no puede contener su tentación de robar y así consigue alivio ante emociones generalmente de ansiedad.
La diferencia entre una persona cleptómana y un ladrón es que esta no planea ni disfruta del robo, sino que no puede contener ese impulso y experimenta después sentimiento de culpa.

CAUSAS

Las causas de este trastorno no están claras, y hay muchas teorías. Algunas de ellas son:

- Factores hereditarios.
- Lesiones cerebrales, lesiones que afecten a partes del cerebro encargadas del control de impulsos.
- Problemas con la serotonina, niveles bajos promueven actos impulsivos.

¿CÓMO SE PUEDE DETECTAR?

La detección de la cleptomanía suele ser difícil, y tiende a pasar desapercibida, pues son personas que no buscan ayuda. Con frecuencia, el trastorno se diagnostica cuando la persona busca ayuda por otras causas como:

- Depresión.
- Problemas de alimentación.
- Inestabilidad emocional.
- Conflictos relacionales.
- Estrés.
- Adicción.

TRATAMIENTOS

Lo primero para tratar la cleptomanía, es crear a la persona conciencia de la enfermedad, de que es un problema que con compromiso y ayuda se puede superar o controlar.
El tratamiento que se suele aplicar en estos casos suele ser mixto, empleando para ello:

1. Tratamiento farmacológico. Se suelen emplear inhibidores de la recaptación de la serotonina que forma parte de los medicamentos antidepresivos.
2. Tratamiento psicológico:
   - Terapias orientadas a explicar el problema y las causas.
   - Tratar el control de los impulsos.
   - Enseñar manejo de emociones.
   - Control de estímulos.
   - Prevención de recaídas.

BIBLIOGRAFÍA

- Disponible en :
- https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001549.htm
- https://www.drromeu.net/como-tratar-un-cleptomano/
- https://educalingo.com/es/dic-es/cleptomania
- https://www.psiconet.es/cleptomania/
- http://psicoterapeutas.eu/cleptomania/

TEMA 256. MALTRATO INFANTIL: LESIONES ESQUELÉTICAS EN EL NIÑO MALTRATADO.

CYNTHIA VIDAL CAMEÁN

TANIA HIERRO TORNER

ÍNDICE

- El maltrato infantil en España
- Objetivos
- Protocolo de la ACR (Asociación Americana de Radiología) ante la sospecha de maltrato infantil
- Sospecha clínica de maltrato
- Fracturas en esquina o asa de cubo
- Fracturas costales
- Fracturas craneales
- Diagnóstico diferencial
- Consideraciones finales
- Bibliografía

EL MALTRATO INFANTIL EN ESPAÑA

El maltrato infantil es una realidad tristemente es más común de lo que podemos pensar: se estima que existen 13000 niños maltratados en España al año (unos 37 casos nuevos de media al día).

- Un 5% de los niños han sufrido algún tipo de maltrato intrafamiliar que en el 60% de los casos es físico.
- El maltrato se da en mayor medida en niños de edades cortas, y disminuye a medida que el infante crece.
- El maltrato físico es mayor en niños varones, y normalmente lo ejerce uno de los progenitores.

EL MALTRATO INFANTIL EN ESPAÑA

Debido a esta situación, en el 2014 la SERAM (Sociedad Española de Radiología Médica) envió una nota de prensa dirigida al personal médico en la que expresaba su preocupación ante estos hechos y la animaba a conocer en profundidad los eventos radiológicos asociados a estas lesiones, ya que ciertas fracturas evidencian maltrato físico de forma inequívoca y son los estudios radiológicos muchas veces los encienden la chispa de la sospecha.

No detectar estas lesiones esqueléticas podría exponer de nuevo al niño a un entorno peligroso y posiblemente fatal, por lo que los facultativos deben estar familiarizados con estos signos para poder detectarlos de forma precoz.

OBJETIVOS

En este estudio vamos a revisar los protocolos standar de la serie ósea radiográfica, aprender a reconocer las lesiones esqueléticas relacionadas con el maltrato y a establecer el diagnóstico diferencial.

- Revisar los protocolos de la serie ósea radiográfica ante la sospecha de maltrato.
- Revisar las lesiones esqueléticas relacionadas con el maltrato físico, su frecuencia y especificidad.
- Reconocer las afecciones que pueden simular maltrato.

PROTOCOLO DE LA ACR (Colegio Americano de Radiología)

- La serie ósea mediante radiografía simple es el patrón oro en el estudio radiológico de la sospecha de maltrato infantil, ya que es sencilla de realizad y altamente específica.

- El Colegio Americano de Radiología establece un protocolo en niños menores de 5 años que incluye el cráneo, la columna vertebral completa, el tórax, la pelvis y los miembros superiores e inferiores.
  - Cráneo AP y lateral.
  - Columna lateral.
  - Tórax AP, lateral y oblicuas.
  - Húmero, antebrazo y mano AP.
  - Pelvis AP.
  - Fémur, tibia y peroné, pie AP.

PROTOCOLO DE LA ACR
(Colegio Americano de Radiología)

- En niños mayores de 5 años se recomienda centrar el estudio en las áreas que pueden estar lesionadas o tener un interés clínico.

- Ante todo, no es recomendable realizar ¨niñografías¨: estudios en los que se incluye el esqueleto completo del niño en una sola radiografía, ya que presentan grandes limitaciones en su calidad y estas lesiones son pequeñas y sutiles por lo que pueden pasar fácilmente desapercibidas.

SOSPECHA CLÍNICA

- La lesión y los antecedentes son incompatibles:

La sospecha clínica hay que establecerla primero ante una historia clínica incompatible con la historia clínica o los signos y síntomas.

Por ejemplo: los padres refieren que el niño se ha caído, pero la mecánica de la lesión es incompatible con el traumatismo, o dicen que se ha lastimado hoy pero la fractura presenta un callo óseo que no se establece antes de las dos semanas, etc.

SOSPECHA CLÍNICA

- Retraso a la hora de solicitar atención médica:

Existe un retraso inexplicable a la hora de dirigirse a los servicios de atención médica, normalmente los tutores llevan al niño en cuanto se hace daño si el traumatismo tiene la entidad suficientemente como para producir una lesión ósea. Aunque no es infrecuente que a veces los padres esperen unos días para acudir al médico, lo incluyen en el relato y saben cuándo sucedió el evento.

Por ejemplo: "se cayó hace dos días pero no le dimos importancia, aunque ahora sigue quejándose", hay que sospechar si dicen que se acaba de hacer daño aunque la exploración diga lo contrario o que no sepan cuándo o cómo se lesionó.

SOSPECHA CLÍNICA

- Las fracturas múltiples que se encuentran en diferente estadio de consolidación son altamente sugestivas de maltrato.

- Sospecharemos esta situación en niños que todavía no pueden deambular solos o que son dependientes, ya que la lesión debe producirse cuando otras personas los manipulan.

- Las hemorragias en la retina son un signo prácticamente patognomónico.

- Historia repetida de caídas en casa que dan lugar a fracturas.

FRACTURA EN ESQUINA O ASA DE CUBO

- Las fractura en esquina o asa de cubo son lesiones metafisarias que aparecen en los huesos largos.

- Se producen por fuerzas directas o de torsión en la zona entre el hueso esponjoso inmaduro y el cartílago de crecimiento.

- Se asocian a patología intracraneal, sobre todo a hematomas subdurales, ya que se producen por traumatismos de muy alta energía.

FRACTURA EN ESQUINA O ASA DE CUBO

- En los estudios radiológicos observaremos avulsión de pequeñas fragmentos óseos en el plano oblicuo o transverso.

- Asientan con mayor frecuencia en la tibia, el fémur distal y el húmero proximal.

- Las fracturas en asa de cubo son similares a las fracturas en esquina pero los fragmentos son mas alargados y adoptan una morfología discoidea.

FRACTURAS COSTALES

- Las fracturas costales se producen habitualmente porque el adulto eleva al niño agarrándolo por el torso con ambas manos y lo zarandea, ejerciendo una alta presión sobre la caja torácica: es por eso que estas lesiones van a ser muy sospechosas si son bilaterales y contiguas.

- Las lesiones costales en niños son infrecuentes, pero casi en todos los casos de fractura accidental se dan en los arcos anteriores, las lesiones que asientan en los arcos posteriores son prácticamente patognomónicas de maltrato: la zona de mayor estrés se concentra entre la articulación de la cabeza y el cuello costal y la apófisis transversa vertebral.

FRACTURAS COSTALES

- Muchas veces estas lesiones se van a objetivar en estudios que se realizan por otros motivos, como por ejemplo en radiografías para descartar patología pulmonar: vamos a poder objetivar callos de fractura o lesiones recientes que impiden al niño respirar correctamente debido al dolor, lo que produce el desarrollo de afecciones respiratorias por mala ventilación.

- Así mismo, pueden descubrirse en estudios por lesiones abultadas situadas en las partes blandas torácicas, que no parecen tener explicación y que resultan ser callos de fractura secundarios a estas lesiones.

FRACTURAS CRANEALES

- Las fracturas craneales son comunes en los accidentes fortuitos y es difícil diferenciarlas del maltrato.

- Estas lesiones van a resultar sospechosas si son múltiples, si están situadas en el hueso occipital o si son fracturas que cruzan las suturas craneales.

- Las fracturas accidentales normalmente van a asientar en la región parietal.

FRACTURAS CRANEALES

- Como abordar el estudio radiológico es un tema controvertido: en el 2015 la SERAM publicó un documento en el que desaconsejaba la realización de radiografía simple de cráneo en los traumatismos, salvo si la sospecha era de trauma no accidental en niños.

- Aquí sí se considera necesario hacer una radiografía de cráneo aun cuando se vaya a realizar una exploración complementaria mediante TC, ya que la radiografía de cráneo es más sensible para detectar las líneas de fractura que originan un curso paralelo al plano de corte del scaner.

FRACTURAS CRANEALES

- Así mismo, numerosos profesionales apoyan la opción de realizar la TC directamente ante esta sospecha pero a dosis que permita ver el encéfalo, ya que si existe una fractura craneal es habitual que esta se asocie a una lesión del parénquima cerebral.

- Esta exploración sólo debe realizarse cuando hay alteraciones neurológicas con el fin de evitar radiación innecesaria a los pacientes, que además a su corta edad son especialmente sensibles a ella.

FRACTURAS CRANEALES

- En menores de un año pueden realizarse ecografías para determinar sangrados intracraneales a través de las fontanelas que todavía permanecen abiertas.

- Algunos profesionales de la radiología han comenzado a usar la ecografía aunque las fontanelas estén cerradas en niños de corta edad, cuando son casos en que los que hay una imagen dudosa de fractura ósea en la radiografía de la calota.

FRACTURAS DIAFISARIAS

- En el caso de las fracturas diafisarias de huesos largos, la historia clínica y la edad del niño son muy importantes para establecer el diagnóstico ya que se trata de fracturas inespecíficas.

- Las fracturas de un hueso largo siempre van a implicar fuerzas de torsión de alta intensidad.

- En niños que no deambulan son extremadamente raras, pero en niños que empiezan a caminar (entre los 10 meses y los 3 años) va a ser relativamente frecuente encontrar fracturas femorales por estrés en la diáfisis tibial de morfología espiroidea: las llamadas “fracturas de toddler”.

FRACTURAS DIAFISARIAS

- El callo óseo tras una fractura se forma normalmente entre hacia las dos semanas tras la lesión, si los tutores nos dicen que se acaba de caer pero podemos identificarlo en la radiología, sabremos que eso no es cierto.

- Hay que tener especial cuidado con las fracturas diafisarias de los huesos largos, ya que muchas veces están anguladas y se establecen cerca de estructuras vasculares y nerviosas que pueden dañarse con facilidad y dar lugar a importante morbilidad, lo que las hace altamente peligrosas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- El diagnóstico diferencial hay que establecerlo entre diferentes entidades aunque la más importante y lo primero que hay que descartar sería la lesión accidental.

- En este caso la historia clínica coincide con los hallazgos de la exploración física y la radiología, y las localizaciones son típicas y acordes a la edad del paciente: algunos ejemplos comunes son el trauma obstétrico, la osteopatía de la prematuridad, etc.

- Podemos ver callos de fractura en la clavícula y las costillas en neonatos que han sufrido partos traumáticos o que han sido sometidos a resucitación cardiopulmonar.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- El raquitismo es raro en nuestro medio, pero no es infrecuente encontrarlo todavía en niños que viven en latitudes norte y que desarrollan la mayoría de sus actividades en interiores, práctica cada vez más común por el uso de ordenadores, lo que produce un déficit de vitamina D.

- Objetivaremos hallazgos típicos en la radiografía simple, como retraso de la maduración ósea visible en los huesos del carpo, imágenes "en copa" con ensanchamiento y desflecamiento en las metáfisis sobre todo a nivel de la tibia, el peroné, el cúbito y el radio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- La osteogénensis imperfecta es una enfermedad genética del tejido conectivo que da lugar a múltiples alteraciones óseas, entre ellas fracturas anguladas tras fuerzas banales.

- También son hallazgos comunes la osteoporosis y la escoliosis secundaria a esta afectación.

- Esta entidad se asocia a otras alteraciones no osteomusculares que facilitan el diagnóstico, como por ejemplo: la esclera azul, hiperlaxitud articular y baja estatura para la edad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Otras enfermedades son incluso mas raras, como por ejemplo la enfermedad de Caffey o hiperostosis cortical infantil, nombrada así en honor al doctor Caffey que fue el primer médico en describir los hallazgos radiológicos sospechosos de maltrato en el niño.

- Se trata de una afección de etiología desconocida y de tipo inflamatorio que aparece en los primeros meses de vida: se presenta como una formación ósea excesiva que simula una reacción perióstica postraumática y que asienta típicamente a nivel de la mandíbula.

- Se acompaña de fiebre, irritabilidad, dolor, importante elevación de la fosfatasa alcalina...

CONSIDERACIONES FINALES

- Por último es importante recordar que más de la mitad de los niños maltratados piden ayuda a figuras de autoridad de su entorno, como pueden ser sus profesores o médicos, por lo que es fundamental que establezcamos una relación de confianza con ellos.

- Estos pacientes más que ningún otro no van a necesitar tanto mentes brillantes que les hablen como corazones pacientes que los escuchen, por lo que hay que intentar siempre que la comunicación médico-pacientes sea lo mas fluida posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Maltrato infantil en la familia en España: informe del centro Reina Sofía. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.

- American College of Radiology. ACR-SPR Practice Guideline for Skeletal Surveys in Children Revised 2011 (Resolution 54*). In. Reston, VA: American College of Radiology; 2011: 1-6.

- Harlan SR. Follow-up skeletal surveys for non-accidental trauma: can a more limited survey be performed. Pediatr Radiol. 2009; 39: 962-968.

BIBLIOGRAFÍA

- Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Maltrato infantil en España (1997/1998). Serie documentos 4. 2002.

- PK Kleinman, SC Marks, and B Blackbourne, Am. J. The metaphyseal lesion in abused infants: a radiologic-histopathologic study. Roentgenol., May 1986; 146: 895 – 905.
- C.H. Kempe, F.N. Silverman, B.F. Steele, W. Droegemueller, H.K. Silver. The battered-child syndrome. JAMA., 181 (1962), pp. 17-24.

- Araujo, A. T., & Lubinus, F. G. Maltrato infantil: diagnóstico radiológico. MedUNAB, 9(2), 159-163.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández Couse G, Perea Corral J. Child abuse syndrome. Rev Cubana Pediatr. 2004 Sep; 76(3).

- J. Caffey. Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocations: clinical and radiological features: The Mackenzie Davidson Memorial Lecture. Br J Radiol., 30 (1957), pp. 225-238.

- Section on Radiology, American Academy of Pediatrics. Diagnostic imaging of child abuse. Pediatrics., 123 (2009), pp. 1430-1435.
- P.L. Kleinman, P.K. Kleinman, J.A. Savageau. Suspected infant abuse: radiographic skeletal survey practices in pediatric health care facilities. Radiology., 233 (2004), pp. 477-485.

TEMA 257. DETECCIÓN TEMPRANA DE DISCAPACIDAD AUDITIVA

- AIDA GARCÍA ARDURA
- TAMARA GARCÍA ORDOÑEZ
- VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ
- CARLOTA ACOSTA BERNARDO

ÍNDICE

1. Introducción y justificación……..(3-8)

1.2. Objetivos……..(8)

2. Metodología……..(9-10)

3. Desarrollo y discusión……..(11-29)

3.1. Evidencia científica sobre la detección temprana en discapacidad auditiva……(12-26)

3.2. La detección temprana de la hipoacusia en España (26-29)

4. Conclusiones……..(30-37)

5. Bibliografía……..(38-48)

1.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La pérdida de audición o hipoacusia es una condición en la que una persona muestra alteraciones cuantitativas en su audición, en comparación con la población cuyo sentido del oído es normal, es decir, con un umbral de audición para ambos oídos igual o superior a 25 dB (1,2). Esta pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda, y afectar a uno de los oídos o a ambos. Si la pérdida de audición dificulta o incapacita a la persona para el desempeño de su vida (diaria, académica, laboral y/o social), hablaremos de discapacidad auditiva. Esto, cuantitativamente, equivale a una pérdida superior a 40 dB en el oído con mejor audición para los adultos, o superior a 30 dB en el caso de los niños. Si la pérdida de audición es total o prácticamente total, el término empleado será cofosis (sordera).

La hipoacusia se puede clasificar según la parte del sistema auditivo afectada, pudiendo ser (2,3):

- Hipoacusia de transmisión o conducción, en la que la alteración se encuentran en el oído externo y/o medio, o en las trompas de Eustaquio. Se produce por un déficit en la transformación de las ondas sonoras en ondas hidráulicas, debido a un bloqueo para el paso del oído externo al medio
- Hipoacusia neurosensorial, en la cual hay una alteración en el oído interno y/o en el nervio auditivo.
- Hipoacusia mixta, en la que se da una combinación de alteraciones correspondientes a los dos tipos descritos anteriormente.
- Trastornos del espectro de la neuropatía auditiva, que se producen cuando, aunque el sonido penetre de forma normal en el oído, no se procesa de forma adecuada para que el sistema nervioso lo interprete, debido a daños en el oído interno o en el nervio auditivo.

Las causas de la discapacidad auditiva son diversas, pudiendo ser congénitas (desde el nacimiento) o adquiridas (desarrolladas en algún momento de la vida tras el nacimiento); (1).

- Entre las causas congénitas encontramos factores hereditarios (genéticos), complicaciones durante el embarazo (infecciones como rubéola o sífilis, uso indebido de medicamentos), complicaciones durante el parto como la anoxia (falta de oxígeno) o durante el periodo neonatal (principalmente, la ictericia grave neonatal que puede dañar el nervio auditivo, también la ventilación mecánica).
- Entre las causas adquiridas se encuentran enfermedades infecciosas (sarampión, meningitis, otitis crónica, otitis media, etc.), uso de fármacos ototóxicos (tratamiento del cáncer), traumatismos craneoencefálicos o en los oídos, exposición a ruido excesivo, envejecimiento, y la obstrucción del conducto auditivo (cerumen o cuerpos extraños).

Respecto a la incidencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS); (1), con datos actualizados en marzo de 2019, en todo el mundo hay 466 millones de personas que padecen pérdida de audición discapacitante (discapacidad auditiva), lo que supone más de un 5% de la población mundial. Entre estas personas, 34 millones son niños o niñas. Es decir, el 7,29% de las personas con discapacidad auditiva pertenecen a la población infantil. La misma entidad calcula que en 2050 más de 900 millones de personas (una de cada diez) mostrarán discapacidad auditiva.

Debido a la relativamente alta incidencia de la discapacidad auditiva (en comparación con otras patologías) y a que, según la OMS, la situación de las personas con discapacidad auditiva mejora gracias a la detección temprana, siendo además 750 millones de dólares el coste anual mundial debido a casos desatendidos de pérdida de audición (1), surge el interés del presente trabajo: fundamentar con datos e información basada en la evidencia en qué medida es importante y factible la detección temprana en estas patologías, a fin de orientar la práctica clínica hacia tal fin.

El trabajo se centrará en la población infantil, es decir, en la detección temprana de discapacidad auditiva desde el nacimiento hasta el inicio del periodo escolar (0 a 3 años).

1.2.Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es el siguiente:

- Conocer la importancia y factibilidad de la detección temprana ante una discapacidad auditiva.

Para lograr dicho objetivo principal se formulan los siguientes objetivos específicos:

- Conocer los principales signos de alarma o factores de riesgo de una deficiencia auditiva.
- Conocer los principales métodos de detección temprana de discapacidad auditiva que existen actualmente, y su eficacia.
- Conocer los protocolos respecto a detección temprana de la discapacidad auditiva que se siguen en España.

2.METODOLOGÍA

- El trabajo consistirá en una revisión bibliográfica de carácter exploratorio y narrativo, no sistemática (4), realizada entre los meses de Junio a Agosto de 2019, que abarcará fuentes publicadas desde el año 2005 a la actualidad, a fin de tener en cuenta la literatura más reciente y actualizada. Por tanto, la fecha de publicación será un criterio de exclusión para publicaciones anteriores al 2005.
- La búsqueda se realizará en las bases de datos Biblioteca Cochrane (que incluye las publicaciones indexadas en la base de datos PubMed), Scielo y Dialnet. Se seleccionarán artículos de revistas científicas, tanto estudios empíricos (ensayos aleatorizados y estudios de caso único), como revisiones sistemáticas y meta-análisis. Un criterio de exclusión será que el documento sea otro tipo de publicación como editoriales, cartas al director, tesis o trabajos finales.

Esta búsqueda de literatura científica se realizará tanto en inglés como en castellano, siendo un criterio de exclusión que el idioma del artículo completo no sea ninguno de estos. Otro criterio de exclusión será que no se pueda acceder al texto completo de la publicación.

Se emplearán palabras clave como: “discapacidad auditiva”, hipoacusia, “detección temprana”, cribado. Así como sus equivalentes en inglés: “hearing impairment”, “hearing loss”, “early detection”, screening. Se combinarán con booleanos y se utilizarán limitadores (tipo de publicación, año de publicación, idioma del texto, acceso al texto completo).

Por último, el interés radica en la detección temprana de la pérdida de audición en la primera infancia, ya sea congénita o adquirida. Por tanto, publicaciones referidas a adultos o población mayor serán descartadas.

3.DESARROLLO Y DISCUSIÓN

Se ha encontrado numerosa bibliografía científica referente al tema de interés, que se ha reducido significativamente tras su cribado a través de los resúmenes o *abstracts*, o bien por la imposibilidad de acceder al texto completo.

Bases de datos	Documentos recuperados en castellano		Documentos seleccionados
Biblioteca Cochrane (incluye PubMed)	3	234	8 (inglés) y 0 en castellano, con acceso a texto completo.
Scielo	26	155	10 en castellano y 5 en inglés con acceso al texto completo
Dialnet	17	15	11 en castellano y 5 en inglés, con acceso al texto completo

Tabla 1. *Resultados de búsqueda en las diferentes fuentes de información*.
Fuente: Elaboración propia

3.1. Evidencia científica sobre la detección temprana en discapacidad auditiva

La discapacidad auditiva congénita tiene una incidencia de 2 a 3 afectados por cada 1.000 bebés nacidos vivos sanos, siendo una de las causas más comunes de retraso en el desarrollo de los niños, entre las patologías que se pueden detectar a tiempo y prevenir para que repercutan en menor medida en el desarrollo (5). Asimismo, la mayoría de las hipoacusias permanentes se manifiesta a lo largo del primer año de vida y un amplio porcentaje (80%) ya están presentes en el periodo neonatal (6). Es por ello que muchos sistemas públicos de salud en los países occidentales incorporan programas de *screening* (cribado) temprano de la audición, usualmente en el periodo neonatal, ya que la literatura es unánime al afirmar que la intervención temprana de estos déficits auditivos es eficaz para minimizar los retrasos en el habla y el lenguaje.

Estas pruebas de cribado suelen consistir en emisiones acústicas (OEA) o en potenciales evocados auditivos de tronco cerebral (PEA o PEATC). Los bebés que no las superan se consideran sospechosos de padecer hipoacusia y se les realizan pruebas diagnósticas más exhaustivas en varias fases según los resultados (7,8). Estas pruebas posteriores son muy importantes pues, como algunos estudios reflejan (9–12), muchos de los neonatos (hasta el 50% o incluso más) que no pasan el cribado inicial, finalmente no muestran pérdida de audición, es decir, se trata de falsos positivos. Asimismo, para una correcta intervención es necesario conocer el diagnóstico exacto. No obstante, en diversos estudios, especialmente en países en vías de desarrollo, pero también en España (11), se han reportado pérdidas de seguimiento, es decir, bebés que no acuden a la segunda prueba o sucesivas, aunque parece que esta cifra es cada vez inferior gracias a un mayor control y mejor seguimiento de las citas médicas mediante las nuevas tecnologías informatizadas de gestión y comunicación.

El cribado universal permite una detección precoz, en periodo lactante o incluso neonatal, de muchos casos de hipoacusia congénita; y diversos estudios (13) avalan que permite anticipar el diagnóstico e intervención. De hecho, la edad media de diagnóstico de discapacidad auditiva en ausencia de cribado se encuentra entre los dos y tres años de edad (6), es decir, cuando el niño o niña ya, probablemente, muestra retrasos en el lenguaje. Incluso, las hipoacusias leves-moderadas son frecuentemente detectadas después de los cuatro años de edad. El interés por detectar posibles hipoacusias lo antes posible parte de la teoría de que existe un periodo crítico para el desarrollo del lenguaje oral, aunque esta tesis también ha sido cuestionada pues se han reportado casos de crecimiento acelerado del lenguaje en niños que han recibido tardíamente la atención a su hipoacusia (estudios con niños con implantes cocleares). No obstante, los programas de detección temprana de la hipoacusia son recomendados por la Unión Europea, por la Academia Americana Pediátrica y por la OMS (14).

Es importante señalar que, más allá del cribado, es fundamental un correcto y exhaustivo diagnóstico para conocer la etiología de la pérdida auditiva y, así, decidir la mejor manera de abordarla. Este diagnóstico debe realizarse a través de un equipo multidisciplinar especializado y siguiendo las indicaciones diagnósticas de los principales organismos expertos en la materia (16).

Si bien algunos estudios han cuestionado la eficiencia, en relación a sus costes, de los programas de cribado universal (5), la mejora de la tecnología ha permitido reducir significativamente la cantidad de falsos positivos, en ocasiones elevada como se ha mencionado anteriormente, y demostrando no tener efectos secundarios (17,18). Además, sí hay evidencia suficiente como para afirmar que los programas de intervención temprana con los niños con hipoacusia resultan eficientes y eficaces (en cuanto a costes-beneficios) para su desarrollo integral (12).

En cuanto a las técnicas, actualmente se emplean dos (19):

- **Otoemisiones acústicas** con equipos automáticos (OEAa), que recogen la respuesta de las células ciliadas externas, es decir, la respuesta mecánica del oído interno (fenómeno pre-neural). Son útiles excepto para hipoacusias debidas a lesiones retrococleares (más allá de la cóclea). Son las otoemisiones acústicas transitorias evocadas (OEATE) las más frecuentemente empleadas en los protocolos neonatales. Actualmente son automáticas para limitar los fallos en interpretación de los resultados debidos a la subjetividad del profesional que las administre.
  - Sus ventajas son el bajo coste, la rapidez de ejecución y la alta sensibilidad.
  - Sus inconvenientes son la imposibilidad de detectar daños posteriores a las células ciliadas externas (hipoacusias retrococleares), y una alta tasa de falsos positivos (niños que no pasan el test pero que no tienen hipoacusia), especialmente cuando se realiza en los primeros días de vida, según un estudio de Boudewyns et al., citado en Núñez et al.(19)

- **Potenciales evocados auditivos** automáticos (PEAa), que se basan en un algoritmo matemático que permite eliminar la subjetividad de quien realiza el examen. Destaca de ellos su alta especificidad y sensibilidad, que se encuentra próxima al 100%.
  - Sus ventajas son las altas especificidad y sensibilidad, su capacidad de detectar también hipoacusias retrococleares, su menor número de falsos positivos y la posibilidad de ser realizados desde el primer día de vida con suficiente fiabilidad. Por ejemplo, en un estudio desarrollado en Palencia a lo largo de una década, la tasa de falsos positivos con PEAa fue de sólo un 0,09% (20).
  - Sus inconvenientes son un mayor coste e impacto medioambiental (materiales desechables), la susceptibilidad a interferencias, un mayor tiempo de realización y una menor sensibilidad a frecuencias bajas (hipoacusias secundarias a patologías del oído medio).

Si bien sobre los periodos críticos no hay unanimidad, sí la hay en relación a la estimulación cerebral: una deprivación auditiva por detección tardía de una hipoacusia tendrá consecuencias irreparables en la creación de circuitos neuronales en un periodo vital de gran plasticidad. De acuerdo al trabajo de Torres y Santana (2002) citado por Monsalve y Núñez(15), la pertinencia de las intervenciones tempranas se fundamenta en:

- Posible periodo crítico para la adquisición del lenguaje, que algunos autores sitúan entre los 0 y los 3 años, y otros, entre los 0 y los 6 años.
- Periodo de plasticidad neuronal privilegiada, desde la gestación hasta los ocho años de edad aproximadamente: a Influencia de la fonología en otros procesos cognitivos como la memoria a corto plazo. Interviniendo precozmente se optimizará el desarrollo de la fonología y se verán afectados en menor medida los dominios cognitivos influidos por esta.

Aunque actualmente se realiza en España el cribado universal, pues hay cierto consenso en su pertinencia (19,21), es recomendable realizar un seguimiento audiológico de los niños que presentan algún factor de riesgo, aunque hayan superado el *screening* al nacer (17), ya que la literatura ha descrito una incidencia significativa de hipoacusia de instalación tardía en niños con factores de riesgo (22,23).

Los factores de riesgo desde el primer mes de vida a los dos años de edad son los siguientes (15):

- Historial familiar de hipoacusia.
- Hallazgos asociados a síndromes relacionados con hipoacusia.
- Infecciones intrauterinas (prenatales) por citomegalovirus, toxoplasmosis, herpes o rubeola.
- Infecciones postnatales asociadas a hipoacusia como la meningitis bacteriana.
- Algunos indicadores neonatales como la hiperbilirrubinemia, la hipertensión pulmonar o situaciones que requieran oxigenación extracorporal o ingreso en la UCI del neonato.

- Patologías asociadas a hipoacusia progresiva como la neurofibromatosis, la osteoporosis o el síndrome de Usher.
- Patologías neurodegenerativas.
- Traumatismos craneales.
- Otitis media persistente o recurrente con derrame.
- Sospecha en los padres o educadores de déficits auditivos y/o de retrasos en el desarrollo del lenguaje.

Cabe reseñar que, en nuestro país, la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH), recomienda, haya factores de riesgo o no, un seguimiento pediátrico del desarrollo auditivo y del lenguaje de todos los niños y niñas (24).

Volviendo al cribado auditivo neonatal, como se ha expuesto, este suele centrarse en la audición. No obstante, la ciencia avanza y actualmente la CODEPEH (19) recomienda un cribado combinado que incluya pruebas de audición y pruebas genéticas, pues la combinación de ambos exámenes detecta un 5,29% de casos, mientras que el *screening* auditivo aislado permite conocer sólo un 0,81% y el test genético, por sí solo, un 4,64%. Evidentemente las pruebas genéticas son más costosas, pero permiten detectar mutaciones genéticas relacionadas con muchas de las hipoacusias congénitas, lo cual abre un interesante campo de estudio e implementación. Otros estudios internacionales alcanzan similares conclusiones (25). Asimismo, estos tests genéticos permitirían prevenir el desarrollo de algunas hipoacusias tardías, dado que en algunos casos interaccionan las mutaciones genéticas con los aminoglucósidos: evitando su uso en estos casos, las hipoacusias podrían no llegar a desarrollarse. Asimismo, la combinación con el estudio genético podría reducir las limitaciones del actual protocolo de *screening*, especialmente en cuanto a falsos positivos (19).

Además, algunos autores (26,28) reseñan la importancia de detectar precozmente las infecciones por citomegalovirus, que pueden causar hipoacusia. Esta infección no se diagnostica antes de las dos semanas de vida, con el análisis de la Prueba del Talón (sanguínea). Sería posible y conveniente detectar esta infección de forma prenatal a través de análisis serológicos. También se recomienda realizar la prueba del citomegalovirus a aquellos bebés que no pasen el cribado auditivo (28). Asimismo sería conveniente, por idéntico motivo, un esfuerzo por una detección precoz de la toxoplasmosis gestacional (29), así como de las infecciones por el virus Zika (27). Si bien este no es frecuente en España, pueden darse casos, sobretodo, debidos al turismo de población española a zonas en las que es endémico.

A pesar de la evidencia hasta ahora expuesta, no existe unanimidad total respecto al cribado neonatal. Una revisión exhaustiva (30) concluyó que la evidencia no es suficiente como para afirmar tajantemente que el cribado universal sea eficaz (en cuanto a beneficios, perjuicios y costes) para mejorar el desarrollo del lenguaje de los niños y niñas afectados, así como su calidad de vida. De acuerdo a este estudio, la mejoría sólo podría considerarse “leve”. Algunos autores han explicado esta relativa ambigüedad de evidencia en base a que la población infantil con hipoacusia es escasa y sus patologías son muy variables, lo cual dificulta la realización de investigaciones con población suficiente como para ser consideradas estadísticamente válidas y significativas (21).

Algunos autores han, asimismo, buscado evidencias de la pertinencia de realizar pruebas de detección de pérdida auditiva a los niños y niñas que están a punto de comenzar la escuela, la educación infantil (31), argumentando que estos déficits, ya sean temporales o permanentes, pueden incidir negativamente en el lenguaje, rendimiento educativo y desarrollo en general de los infantes. Estos autores basan su argumento en que la incidencia de pérdida auditiva va aumentando con la edad, hasta casi duplicarse a los diez años respecto a lo detectado en el periodo neonatal, debido a la incidencia de déficits adquiridos, fundamentalmente, por patologías infecciosas, y también por traumatismos. De hecho, ya hay países como Nueva Zelanda que realizan pruebas de audición justo antes o en el momento de inicio de la escolarización (entre 3 y 6 años de edad).

Asimismo, en algunos territorios donde la incidencia de otitis media es alta (por ejemplo, zonas frías), parece pertinente realizar pruebas de audición con cierta regularidad a lo largo del periodo escolar (32). Lo mismo sucede en zonas con bajo nivel socioeconómico, en las que no se siguen pertinentemente los programas de vacunación y las condiciones de higiene no son adecuadas (33). Si bien estos estudios no se han realizado en España, se podrían extrapolar a nuestro país. Aunque los estudios epidemiológicos son escasos, una investigación reflejó que el 60% de los niños y niñas de la Comunidad Valenciana padeció, al menos una vez, otitis media antes de cumplir los tres años de edad (34). Sin embargo, otros estudios no han permitido concluir que las revisiones de audición periódicas en la población con más incidencia de otitis media (hasta los cuatro años de edad) hayan tenido beneficios significativos en la reducción de cuadros de retrasos o trastornos del lenguaje (35).

La literatura también reseña situaciones especiales en las que es necesario evaluar una posible pérdida de audición, como en casos de cáncer infantil, ya que muchos fármacos oncológicos son ototóxicos (36).

3.2. La detección temprana de la hipoacusia en España

El cribado auditivo neonatal universal se empezó a realizar en 1989 en Rhode Island y se fue extendiendo por los países occidentales y desarrollados. Se realiza mediante una prueba fisiológica, objetiva y no invasiva, principalmente OEA (otoemisiones acústicas) o PEATC-A (potenciales evocados auditivos del tronco cerebral automáticos), más compleja pero más precisa (37). En Europa esta prueba comenzó a implantarse a partir del EuropeanConsensusDevelopmentConferenceon Neonatal HearingScreening, firmado en Milán en 1998.

En España, el 26 de marzo de 1999 se aprobó en el Congreso de los Diputados una Proposición no de Ley que instaba al Gobierno a instaurar un Plan Nacional de Prevención de la Sordera Infantil. En junio de ese mismo año, la CODEPEH elaboró una propuesta y comenzó a publicar (y, con el tiempo, actualizar) unas recomendaciones que poco a poco los gobiernos de las distintas comunidades autónomas han ido tomando en consideración para implementar estos programas de detección temprana en los diferentes sistemas de salud pública del Estado.

En el año 2003 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia, instando a todas las comunidades autónomas al cribado neonatal universal durante el primer mes de vida, a una fase diagnóstica a los tres meses o antes, con seguimiento de todos los casos detectados y tratamiento a los seis meses de vida o antes (6).

La CODEPEH publicó en 2010 una serie de recomendaciones y unos estándares de calidad para los programas de cribado universal(38),que podemos resumir de la siguiente forma:

- Cribado antes del primer mes de vida a más del 95% de los nacidos vivos.
- Segunda prueba a más del 95% de los que no pasan el cribado (ideal el 100%).
- Derivación para pruebas de confirmación a menos del 4% del total de los nacidos.
- Tasa de confirmación diagnóstica durante el tercer mes de vida superior al 90% (ideal el 100%)
- Tasa de inicio de la intervención en atención temprana antes de los seis meses de vida superior al 90% (ideal el 100%)
- Tasa de inicio de la adaptación protésica al mes siguiente a su indicación superior al 95% de los casos.
- Tasa de pacientes con control del desarrollo lingüístico y cognitivo antes de los 12 meses superior al 90% de los casos.
- Registro informático de todos los niños y sus resultados en las distintas fases para evitar la pérdida de pacientes.

El último punto que recomienda la CODEPEH sigue siendo un reto a conseguir, pues son muchos los niños que se pierden en alguna de las fases. Por ejemplo, de los niños nacidos en 2013 en la Comunidad de Madrid a los que se realizó el cribado, sólo un 45,9% fue incluido en el registro informático de cribado (6). De hecho, la CODEPEH, en las actualizaciones de sus recomendaciones, ha incluido este aspecto como algo en lo que los profesionales sanitarios deberían centrarse para mejorar los programas, fundamentalmente, mediante la correcta información a los padres, pues la mayoría de pérdidas de casos tienen un origen parental (24). La CODEPEH propone, para mitigar la pérdida de casos:

- Contar con un equipo interdisciplinar comprometido,
- Realizar campañas de concienciación pública,
- Mejorar los sistemas de documentación y bases de datos.
- Asimismo, propone integrar en un protocolo el cribado auditivo, el estudio genético y el cribado de citomegalovirus, como medida para el completo diagnóstico y tratamiento precoz de la hipoacusia infantil.

4. CONCLUSIONES

En base a la evidencia científica disponible, una detección precoz de la hipoacusia infantil (sea o no discapacitante) permite una intervención asimismo precoz, temprana, tanto con el menor como con su familia, lográndose un porcentaje significativo de niños que logran una comunicación preferentemente oral pese a tener hipoacusias que afectarían o impedirían el desarrollo del lenguaje.

Aunque son mejorables(19,24), estos programas de cribado universal están dando buenos resultados en cuanto a costes beneficios (24). Es cierto que resultan costosos,especialmente cuando se realizan mediante PEA (19), no obstante, el porcentaje de casos detectados a muy corta edad resulta satisfactorio.

No supone un gasto excesivo respecto a los beneficios potenciales, especialmente teniendo en cuenta que la literatura especializada refleja que aproximadamente el 50% de los nacidos con déficits auditivos no presentan ningún factor de riesgo conocido (5,6), de ahí la importancia de la universalidad, en lugar de realizar *screening* sólo a niños con factores de riesgo. No obstante, entre los niños que no pasan la prueba inicial, la tasa de falsos positivos sí resulta elevada, lo que pone de manifiesto la necesidad de realizar el cribado en varias fases antes de iniciar la fase diagnóstica, la cual resulta más costosa.

Como se ha visto, hay autores que no concuerdan con que estos programas universales resulten eficaces en términos de costes-beneficios (5), precisamente, por las tasas de falsos positivos, pues el diagnóstico más exhaustivo encarece más el proceso.

No obstante, del mismo modo que se realiza de manera universal la Prueba del Talón, que también cuenta con un número significativo de falsos positivos, toda inversión en detecciones tempranas será muy beneficiosa para el desarrollo de la población infantil, pues una atención tardía a ciertas patologías, auditivas o no, puede resultar irreparable para los niños afectados y, a la larga, generar más gasto en los sistemas de salud públicos (12).

Respecto a la técnica empleada, según la literatura revisada parece más pertinente el cribado basado en PEA (19,37), aunque es más frecuente en nuestro país el basado en OEA (6), probablemente debido a que su coste es menor.

Asimismo, hay autores que recomiendan que, aunque se pase el cribado, este sea repetido al mes de vida aproximadamente (5), como parte de los programas de atención a la infancia, es decir, como parte de las revisiones y vacunaciones periódicas que se realizan a los niños desde Atención Primaria. En el caso de los niños con factores de riesgo, se recomienda un seguimiento audiológico más exhaustivo, aunque hayan superado el cribado (17). De hecho, la CODEPEH recomienda un seguimiento audiológico del desarrollo auditivo de todos los niños y niñas, a través de los sistemas de Atención Primaria (24).

Hay una cantidad significativa de niños derivados a cribado y evaluación por sospechas de hipoacusia de aparición tardía. La mayor parte de estos niños acuden por sospechas clínicas que vienen de los padres o de los educadores, por lo que es importante la concienciación pública acerca de las señales de alerta de posible déficit auditivo, como, por ejemplo, no girar la cabeza hacia la fuente del sonido a los seis meses, no localizar la fuente del sonido o no decir palabras sueltas a los doce meses, no prestar atención a las canciones o no realizar frases de dos palabras a los dieciocho meses, o no acudir a la llamada o no comprender órdenes sencillas sin gestos a los dos años de edad (24). No obstante, aunque estos programas de seguimiento sean necesarios y útiles, cabe plantearse por qué hay niños a los que se les detecta una sospecha clínica de hipoacusia a estas edades.

Muchos de ellos padecerán una hipoacusia de aparición tardía, pero parece lógico que otros muchos serán casos de hipoacusias congénitas detectadas tardíamente.

El fin último de estas acciones es lograr una detección lo más precozmente posible, ya sea de las hipoacusias congénitas, como de las adquiridas o de aparición tardía, a fin de poder intervenir lo antes posible con el menor y su familia para minimizar el impacto del déficit auditivo en el desarrollo integral del niño y en su calidad de vida y la de su familia. En este sentido, estos programas parecen, de hecho, resultar eficaces, aunque sean mejorables.

Sería pertinente que los servicios públicos de salud regionales tuviesen en cuenta, en mayor medida, las recomendaciones de la CODEPEH, que se actualizan con cierta frecuencia (19,24,38) en función a la evidencia científica más reciente. Pese al encarecimiento de los costes del cribado, sería pertinente, al menos en los casos de riesgo, realizar en cribado combinado (auditivo-citomegalovirus-genético) que dicha comisión recomienda, por aumentar la tasa de detección de casos en la fase más temprana que es la de *screening* neonatal (38). El cribado de citomegalovirus puede realizarse de forma prenatal, y es un campo de investigación e instauración muy interesante.

Por concluir, como profesional de la enfermería, la realización del presente trabajo me ha permitido conocer la importancia y factibilidad, basadas en la evidencia, de los programas de detección temprana de discapacidad auditiva, por lo que puede afirmarse que el objetivo principal de esta revisión bibliográfica se ha cumplido. Las conclusiones extraídas permiten orientar mi labor profesional en la práctica clínica, de forma consciente y crítica, que es el fin último de cualquier labor formativa para todo profesional de la sanidad.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Sordera y pérdida de audición [Internet]. 2019. Available from: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss
2. Fundación ONCE. Discapacidad Auditiva [Internet]. DiscapNET. 2019. Available from: https://www.discapnet.es/areas-tematicas/salud/discapacidades/auditivas/discapacidad-auditiva
3. U.S. Department of Health & Human Services. Hearing Loss [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention, National Center on Birth Defects and Developmental Disabilties. 2019. Available from: https://www.cdc.gov/nebddd/hearingloss
4. Guirao-Goris JA, Olmedo Salas A, Ferrer Ferrandis E. El artículo de revisión. Rev Iberoam Enfermería Comunitaria [Internet]. 2008 [cited 2019 Jun 12];1(6). Available from: http://revista.enfermeriacomunitaria.org/articuloCompleto.php?ID=7.

5. Hunter LL, Meinzen-Derr J, Wiley S, Horvath CL, Kothari R, Wexelblatt S. Influence of the WIC program on loss to follow-up for newborn hearing screening. In: Pediatrics. American Academy of Pediatrics; 2016.
6. García Aguado J, et al. Cribado de la hipoacusia. Rev Pediatría en Atención Primaria. 2018;20(80):101–43.
7. Sedano M C, San Martín U A, Rahal E M. Realidad nacional de los programas de detección auditiva temprana con miras a la cobertura universal. Rev Otorrinolaringol y cirugía cabeza y cuello. 2018 Mar;78(1):9–14.
8. Borkoski B S, Falcón G JC, Corujo S C, Osorio A Á, Ramos M Á. Detección temprana de la hipoacusia con emisiones acústicas. Rev Otorrinolaringol y cirugía cabeza y cuello. 2017 Jun;77(2):135–43.

9. Colella-Santos MF, Françozo M de F de C, Couto CM do, Lima MCMP, Tazinazzio TG, Castilho AM, et al. Estudo audiológico e genético de lactentes de alto risco. Braz J Otorhinolaryngol. 2011 Dec;77(6):784–90.
10. da Silva DPC, Lopez PS, Ribeiro GE, Luna MO de M, Lyra JC, Montovani JC. The importance of retesting the hearing screening as an indicator of the real early hearing disorder. Braz J Otorhinolaryngol. 2015 Jul 1;81(4):363–7.
11. Sequi Canet JM, Sala Langa MJ, Collar del Castillo JI. Análisis crítico de una década de cribado neonatal de hipoacusia en un hospital comarcal. An Pediatr. 2016 Oct 1;85(4):189–96.

12. Núñez-Batalla F, Jáudenes-Casaubón C, Sequí-Canet JM, Vivanco-Allende A, Zubicaray-Ugarteche J. Recomendaciones CODEPEH 2014 para la detección precoz de la hipoacusia diferida. An Pediatr. 2016 Oct 1;85(4):215.e1-215.e6.
13. Rodrigues GRI, Loiola-Barreiro CM, Pereira T, Pomilio MCA. A triagem auditiva neonatal antecipa o diagnóstico e a intervenção em crianças com perda auditiva? Audiol - Commun Res. 2015 Sep;20(3):246–54.
14. Rojas Godoy AL, Rivas Muñoz FA, Gómez Gómez O. Cumplimiento de la normatividad vigente para la detección temprana de la hipoacusia neonatal. Rev Salud Pública [Internet]. 2014 Jun 26 [cited 2019 Sep 01];16(3):462–72. Available from: http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/29149

15. Monsalve A, Núñez F. La importancia del diagnóstico e intervención temprana para el desarrollo de los niños sordos. Los programas de detección precoz de la hipoacusia. Psychosoc Interv [Internet]. 2006;15(1). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000100002&lang=pt
16. Benito JI, Ramírez B, Casasola M, Sánchez A, Cifuentes A. Etiología de la hipoacusia infantil. Rev ORL [Internet]. 2017;8(2):69–83. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6006149
17. Delgado JJ, Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Detección precoz de la hipoacusia infantil. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2011;13(50). Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000200012&lang=pt

18. Marugán I V, Pardal JL, Hernández N, Blanco C. Cribado neonatal de hipoacusia en el area de salud de Zamora. Experiencia de 7 años. Rev ORL [Internet]. 2010;1. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3686745
19.Núñez F, Jáudenes C, Sequí JM, Vivanco A, Zubicaray J. Actualización de los programas de detección precoz de la sordera infantil. REDIS [Internet]. 2019;7(1). Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6955457
20. Díez L, Poncela M, Escapa JM, Pérez M. Cribado auditivo neonatal en el Área de Salud de Palencia en el periodo 2006-2015. Rev ORL [Internet]. 2016;7(4):197–203. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5711880

21. Benito JI, Al. E. Metodología aplicada en el estudio del desarrollo del lenguaje en niños con detección temprana de la hipoacusia neonatal. Rev ORL [Internet]. 2017;8(2):85–103. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6006150

22. Torrente A M, Retamal M J, Núñez T M. Seguimiento audiológico del recién nacido de muy bajo peso. Rev Otorrinolaringol y cirugía cabeza y cuello. 2007 Aug;67(2).
23.Silva D Da, Lopez P, Mantovani JC. Auditory brainstem response in term and preterm infants with neonatal complications: The importance of the sequential evaluation. Int Arch Otorhinolaryngol. 2015 Jun 18;19(2):161–5.
24. Núñez F, Jáudenes C, Vivanco A, Ziubicaray J. Recomendaciones CODEPEH 2014. REDIS [Internet]. 2015;3(1):163–86. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5151738
25. Radulescu L, Martu C, Radulescu T, Dima-Cozma LC, Bitere O, Butnaru C, et al. Genetic screening of deaf children: ethical considerations. Rev Cercet și Interv Soc [Internet]. 2018;60:180–7. Available from: https://www.rcis.ro/images/documente/rcis60_13.pdf

26.Vila N, Paredes F, Bringué X, Minguell L, Solé E. Diagnòstic retrospectiu d'infecció congènita per citomegalovirus per PCR de prova del taló. Pediatr Catalana [Internet]. 2017;77(3):100–4. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6209684
27. Wood AM, Hughes BL. Detection and Prevention of Perinatal Infection: Cytomegalovirus and Zika Virus. Vol. 45, Clinics in Perinatology. W.B. Saunders; 2018. p. 307–23.
28. Dedhia K, Graham E, Park A. Hearing Loss and Failed Newborn Hearing Screen. Vol. 45, Clinics in Perinatology. W.B. Saunders; 2018. p. 629–43.
29. Macedo L, Queiroz G, Azevedo MF, Perissinoto J, Batista A. Congenital toxoplasmosis. Auditory and language outcomes in early diagnosed and treated children. Sci Med (Porto Alegre) [Internet]. 2010;20(1). Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6140846

30.González J, Ortega E, Perdikidis L, Esparza MJ. El cribado universal de hipoacusia sólo ha demostrado a medio plazo una leve mejoría en el desarrollo del lenguaje, fundamentado en estudios de bajo nivel de evidencia científica. Evidencias en pediatría [Internet]. 2010;6(2). Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3245494
31. Zhelev Z, Hyde C, Fitzgerald JE, Ukoumunne O, Briscoe S, Chisnell J, et al. Tests for screening for hearing loss in children about to start school. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 16;2015(11).
32. Emmett SD, Robler SK, Wang N-Y, Labrique A, Gallo JJ, Hofstetter P. Hearing Norton Sound: a community randomised trial protocol to address childhood hearing loss in rural Alaska. BMJ Open [Internet]. 2019 Jan [cited 2019 Sep 01];9(1):e023078. Available from: http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-023078

33. Simões EAF, Kiio F, Carosone-Link PJ, Ndegwa SN, Ayugi J, Macharia IM. Otitis media and its sequelae in kenyan schoolchildren. J Pediatric Infec Dis Soc. 2016;5(4):375–84.
34. García Vera C. Otitis media aguda. Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2013 Jun [cited 2019 Sep 03];15:49–59. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
35. Simpson SA, Thomas CL, Van Der Linden MK, MacMillan H, Van Der Wouden JC, Butler C. Identification of children in the first four years of life for early treatment for otitis media with effusion. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(1).
36. van As JW, van den Berg H, van Dalen EC. Platinum-induced hearing loss after treatment for childhood cancer. Vol. 2016, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2016.

37. Benito JI, Romero MC. Encuesta sobre el Programa de Hipoacusia Infantil tras 5 años de su aplicación universal en Castilla y León. Rev ORL [Internet]. 2012;3:4–21. Available from: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3812905
38. Trinidad-Ramos G, de Aguilar VA, Jaudenes-Casaubón C, Núñez-Batalla F, Sequí-Canet JM. Recomendaciones de la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH) para 2010. Acta Otorrinolaringol Esp. 2010 Jan;61(1):69–77.

TEMA 258. BENEFICIOS DE LA DISCIPLINA POSITIVA EN LA INFANCIA.

SANDRA CASARIEGO GARCÍA

SANDRA GONZÁLEZ ARIAS

ÍNDICE

. ¿ QÚE ES LA DISCIPLINA POSITIVA?
. PILARES DE LA DISCIPLINA POSITIVA
. OBJETIVOS
. BENEFICIOS DE LA DISCIPLINA POSITIVA
. BIBLIOGRAFÍA

¿ QÚE ES LA DISCIPLINA POSITIVA?

La disciplina positiva es un método pedagógico que cada día enamora más a miles de padres y madres.
Fue creado por la Dra. Jane Nelsen, Lynn Lolt y Cherye Erwin entre otros.
Se basa en resaltar los aspectos positivos del comportamiento y el respeto mutuo, siendo cada error una oportunidad de aprendizaje donde la motivación e implicación son primordiales en la resolución de los conflictos, todo ello, sin usar la severidad pero haciéndolo con firmeza, por tanto, es un método en el que se tienen en cuenta las necesidades tanto del niño como del adulto.

PILARES DE LA DISCIPLINA POSITIVA

Sus pilares principales son:

- Respeto mutuo
- Aprendizaje de los errores
- Sin castigos
- Alentadora (en lugar de alabadora)
- Consecuencias lógicas

OBJETIVOS

Su objetivo principal, es que los niños independientemente de la edad, sean capaces de identificar, entender y aceptar las normas y límites haciéndoles participes en el establecimiento de los mismos haciendo que cada acción tiene una consecuencia lógica.

BENEFICIOS DE LA DISCIPLINA POSITIVA

Los niños desarrollan responsabilidad, empatía, respeto, colaboración, son capaces de identificar las normas y se comprometen con ellas, tienen mayor independencia, son capaces de analizar sus errores y las consecuencias,contribuyendo al desarrollo de una autoestima sana fortaleciendo así el vínculo afectivo entre el niño y el adulto.

Los resultados que se obtienen son tanto a corto como a largo plazo, se trabaja en el seno familiar con la implicación mediante el autoconocimiento, el cambio de hábitos y la adopción de pautas de comportamiento, desde el amor, la comunicación, el respeto mutuo y la empatía.

BIBLIOGRAFÍA

Libros: Cómo educar con firmeza y cariño. Jané Nelsen

Página WEB :

www.serpadres.es

https://gestionandohijos.com

https://disciplinapositivaespana.com

https://montessorizate.es

Asociación Disciplina Positiva España

TEMA 259. EL ESTREÑIMIENTO EN LOS ANCIANOSY PAUTAS PARA PALIARLO.

MARÍA DEL PILAR RUIZ ESPINA
M.ª ANGELES MARTÍNEZ BESTEIRO

ÍNDICE

1.Introducción:
  1.1 Definición de estreñimiento.
  1.2 Motivos que lo ocasionan.
  1.3 Complicaciones.
  1.4 Tratamiento no farmacológico.
2.Metodología:
   2.1 Revisiones bibliográficas.
   2.2 Criterios de inclusión.
3.Conclusiones:
    3.1Prevalencia.
    3.2 Campañas preventivas.
4.Bibliografía

INTRODUCCIÓN

1.1 El estreñimiento es la disminución de la frecuencia en la evacuación de las heces. Se podría considerar estreñimiento cuando la frecuencia es inferior a 1 deposición cada 3 días ó cuando es menos de 3 veces a la semana. Las heces suelen ser durar y secas y en ocasiones las deposiciones son dolorosas. La constipación suele ser uno de los problemas más comunes en los ancianos afectando de forma notable en su calidad de vida.

1.2. Pueden existir múltiples causas que ocasionan el estreñimiento en las personas mayores pero las más frecuentes son:

-Escasa ingesta de fibra.

-Insuficiente hidratación.

-Sedentarismo y falta de ejercicio físico.

-La debilidad muscular y el tono del esfínter disminuido en los ancianos.

-Medicamentos, etc.

1.3. Una de las complicaciones más frecuente del estreñimiento suele ser la impactación fecal o "fecaloma" que consiste en un acúmulo de heces duras en la ampolla rectal.
Otras de las complicaciones suelen ser hemorroides,el megacolon y las fisuras anales.

1.4.Si pautamos y seguimos una serie de normas higiénico-dietéticas podemos prevenir y minorizar el estreñimiento entre los mayores:
-Realizar una dieta con un adecuado aporte en fibra (20/30 g /24 h).
-Mantener una buena hidratación oportando líquidos con frecuencia.
-Realizar ejercicio físico acorde con la edad.
- Crear un hábito defecatorio regular .
-Evitar el excesivo uso de laxantes.

METODOLOGIA

2.1 Este trabajo se ha realizado en función de búsquedas bibliográficas relacionadas con el estreñimiento en los ancianos en soportes de datos como Pudmed y Scielo y en buscadores como Google.
Algunas de las palabras claves para efectuar la búsqueda han sido estreñimiento,constipación,impactación fecal,fibra.

2.2.Los criterios de inclusión han sido textos en idioma español e inglés en un período comprendido en los últimos 5 años.

CONCLUSIONES

3.1 De los estudios efectuados se puede deducir que el estreñimiento prevalece del 30% hasta un 50%en los adultos mayores de 60 años.

3.2 Ya que el estreñimiento es el resultado de muchos aspectos se recomienda un enfoque multidisciplinar para su prevención y manejo asi como campañas de prevención y una buena educación en los pacientes en cuanto a los hábitos intestinales que ayudan a minimizar y prevenir el síntoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia Española del Medicamento. CIMA. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html (Último acceso: diciembre 2018).
2. Navarro MS, Llanos C, García E, Moreno L, Flores M, Chávez K,et al. Frecuencia de estreñimiento en pacientes de Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2015;8(1):4-10.
3. Verdejo, C., Bixquert, M., López J. A., Mascaró, J., Rey, E., Vigara, M.. (2014). *Gui?a de buena pra?ctica cli?nica en geriatría. Estreñimiento en el anciano.* Madrid, España. Sociedad Espan?ola de Geriatri?a y Gerontologi?a.
.

TEMA 260. ENFERMEDAD CELIACA.

- **ANA MARÍA SUÁREZ HORTAL**
- **ANA ISABEL MUÑIZ DÍAZ**

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- CAUSAS
- SÍNTOMAS
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO

DEFINICIÓN

La enfermedad celiaca es una enfermedad digestiva, que daña el intestino delgado y altera la absorción de las vitaminas, minerales y de mas nutrientes que contiene los alimentos.

Los pacientes con la enfermedad no toleran una proteína llamada gluten, que se muestra en los cereales (trigo, avena, cebada, centeno)

Cuando toman alimentos que contienen gluten se sistema inmune responde y se produce el daño en la mucosa del intestino delgado.

La alteración de la absorción de los alimentos conlleva a malnutrición aunque se mantenga una ingesta adecuada.

CAUSAS

La enfermedad celiaca es el resultado final de tres procesos que culminan en el daño de la mucosa intestinal:

- La predisposición genética.
- El sistema inmunológico del intestino.
- Los factores medioambientales.

SINTOMAS

La celiaquía puede tener síntomas muy diferentes. Sin embargo los mas comunes son:

- La perdida de apetito.
- Retraso del crecimiento.
- Perdida de masa muscular.
- Fatiga.
- Vómitos.
- Diarrea.
- Dolor abdominal.
- Anemia.
- Alteración del estado de animo que puede llevar a que en distintos momentos el enfermo este apático, irascible o triste

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la enfermedad celiaca puede ser difícil, porque los síntomas que produce esta enfermedad también aparecen en muchas otras enfermedades.

La gran variedad de la sintomatología dificulta la rapidez diagnostica. El diagnostico se basa en la presencia de alguno o varios de los síntomas relacionados, afectación intestinal o de cualquiera de los órganos o sistemas asociados, así como la determinación de los marcadores serológicos, genéticos, hallazgos en la biopsia intestinal y la respuesta en la dieta sin gluten.

TRATAMIENTO

El único tratamiento que hay consiste en el seguimiento de una dieta estricta sin gluten durante toda la vida.

La dieta sin gluten se basa en eliminar todo producto que tenga como ingredientes trigo, espelta, cebada, centeno y avena y excluir cualquier producto derivado de estos alimentos.

El celiaco debe basar su dieta en alimentos naturales como legumbres , carnes, pescados, huevos, frutas, verduras, hortalizas y cereales sin gluten (arroz y maíz)

BIBLIOGRAFÍA

- https://medlineplus.gov/spanish/celiacdisease.html
- https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/enfermedad-celiaca
- https://celiacos.org/
- https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-gastrointestinales/s%C3%ADndromes-de-malabsorci%C3%B3n/enfermedad-cel%C3%ADaca
- https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/celiaquia.html

TEMA 261. EL PROBLEMA SOCIAL DEL ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA.

- CHRISTIAN ÁLVAREZ ESLAVA
- TERESA CRIADO GONZÁLEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

En el 2018 la transición demográfica ha provocado que España sea uno de los países mas envejecido de la Unión Europea, con 19% de la población mayor de 65 años y con tendencias al alza para el futuro.

OBJETIVOS

Analizar los trabajos, que realizan un profundo análisis descriptivo sobre el envejecimiento de la población en España, causas y tendencia para el futuro.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática de publicaciones científicas sobre el tabaquismo entre los años 2006 y 2018, periodo en el que se han publicado mayor número de trabajos. Se han consultado bases de datos (SciELO, Porta Regional de la BVS, Dialnet) así como directorios de revistas con acceso abierto (Elsevier), se ha limitado la búsqueda entre el año 2006 y 2018. Se han utilizado descriptores en español ("envejecimiento", "España", "causas"). Los criterios establecidos fueron 1) Estudios que analicen el envejecimiento 2) que aporten datos empíricos de la evolución de la población en España 3) escritos en español 4) con acceso al texto completo. De un total de 7 publicaciones, fueron seleccionadas 3.

RESULTADOS

El envejecimiento en España es una realidad, la población mayor de 65 años ha aumentado notablemente en las últimas décadas, situándose en 2018, último año con datos oficiales en un 19%, en la siguiente tabla vemos la evolución:

AÑO	POBLACIÓN ESPAÑA	MAYORES DE 65 AÑOS
1950	27.976.755	2.022.523 (7,2%)
1981	37.683.363	4.236.724 (11,2%)
2001	41.116.842	7.037.553 (17,1%)
2010	46.017.560	7.742.903 (16,8%)
2018	46.722.980	8.908.151 (19%)

RESULTADOS

Las causas principales del envejecimiento son, la disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, disminución de la natalidad. Las dos primeras causas están relacionadas con la mejora de la sanidad pública y el avance tecnológico médico, la ultima de las causas se debe a la crisis económica. En un principio los flujos migratorios no tendrían influencia en estos datos.

RESULTADOS

Las proyecciones de la población para las próximas décadas en España acentúan aún más este problema, como demuestran los datos de la siguiente tabla:

AÑO	POBLACIÓN ESPAÑA	MAYORES DE 65 AÑOS
2030	47.559.208	11.192.700 (23,5%)
2040	47.932.948	13.766.839 (28,7%)
2050	47.966.653	15.325.273 (31,9%)

Hasta ahora todas las proyecciones se están cumpliendo por lo que los datos expuestos ofrecen un reto político y una gran preocupación ciudadana. El gasto sanitario sigue en aumento, relacionado con una población activa cada vez menor supone un gran reto la gestión económica de los recursos.

CONCLUSIÓN

Se presenta un gran reto de gestión en los próximos años, la tendencia es clara a un aumento de la población mayor de 65%, acompañado de la disminución de la población activa. La preocupación de la sociedad es notoria, ya que el asegurarse una pensión, la edad de jubilación y el coste de la sanidad son las grandes preocupaciones de la población menor de 65 años. Por tanto, se necesitan propuestas de actuación, marcadas en dos campos fundamentales, la gestión de los recursos sanitarios y como aplicarlos, aumentando la comunicación entre profesionales para gestionar unos cuidados de calidad adaptados a las necesidades propias de la población, y la gestión de recursos económicos, incluyendo variables de ingresos y dependencia.

CONCLUSIÓN

Un gran reto para los políticos y gestores de ahora y del futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- **Articulo de revistas:**
- Zafra E, Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dartel C, Borrell C. Análisis de las políticas sobre el envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. Gac Sanit 2006; 20: 295-302.
- Mercedes Abades Porcel y Esperanza Rayón Valpuesta El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? Gerokomos vol.23 no.4 Barcelona dic. 2012
- Zafra E, Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dartel C, Borrell C. Análisis de las políticas sobre el envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. Gac Sanit 2006; 20: 295-302.

BIBLIOGRAFÍA

- **Página WEB**
- INE. Proyección de la población a largo plazo 2009-2049. Publicada el 28/01/2010, consultable en INEBASE. (Consultado febrero 2011) Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p270/2009-2049&file=pcaxis.
- Instituto Nacional de Estadística [Internet] Disponible en: http://www.ine.es

TEMA 262. EXTRACCIÓN Y ALMACENAMIENTO DE A LECHE MATERNA.

- GEMA NÚÑEZ-BARRANCO GARCÍA
- MARÍA PILAR LÓPEZ PIZARRRO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- TÉCNICAS PARA LA RECOGIDA DE LECHE MATERNA
- ALMACENAMIENTO
- REGRIGERACIÓN Y CONGELACIÓN
- DESCONGELACIÓN
- VENTAJAS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La mejor forma de dar leche materna a los RN es de forma directa, mediante el amamantamiento, ya que de esta forma se ofrece alimento y confort a los bebés, sin embargo, hay situaciones en las que es necesario la extracción y almacenamiento para su posterior administración.

Es esencial instruir a la población para el empleo de las técnicas correctas, ya que la recolección, el almacenamiento y la preparación inadecuados de la leche humana extraída para la alimentación pueden afectar negativamente las propiedades antimicrobianas y nutritivas de la leche humana.

TÉCNICA DE RECOGIDA DE LA LECHE MATERNA

Aunque la leche materna no es estéril , la madre debe emplear las siguientes indicaciones durante la recolección para reducir el crecimiento bacteriano adicional :

- Lávese las manos antes de cada extracción de leche.
- Desarme todas las piezas de la bomba y use un cepillo para botellas en pequeñas grietas.
- Lave todo el equipo de recolección de leche que entre en contacto con la leche después de cada uso.
- Esterilice el equipo de recolección de leche una vez al día.

ALMACENAMIENTO DE LA LECHE MATERNA

La leche se almacenará en el biberón guardando éste en la nevera (preferiblemente zona central). No debe almacenarse nuca a temperatura ambiente y si ha permanecido más de tres horas fuera de la nevera debe desecharse. Se pueden almacenar las cantidades obtenidas durante 24h en un mismo biberón.

Cada biberón debe identificarse con su fecha de extracción, y trasladarse en nevera o bolsa isotérmica.

REFRIGERACIÓN Y CONGELACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Calostro: a temperatura ambiente 27-32ºC, de 12 a 24horas

Leche madura:

- A 15 ºC, 24 horas
- A 19-22ºC, 10 horas
- A 25ºC, 4 a 8 horas
- Refrigerada entre 0 y 4ºC, de 5 a 8 días

Leche madura congelada:

En un congelador dentro de la misma nevera: 2 semanas

En un congelador que es parte de la nevera pero con puerta separada: 3-4 meses

En un congelador separado, tipo combi, con temperatura constante de -19ºC: 6 meses.

DESCONGELACIÓN

La descongelación se realiza de forma gradual en la nevera el día anterior a su utilización.

Una vez descongelada, dura 24 horas en la nevera.

Indicaciones:

- No calentar en el microondas
- Si fuera necesario disponer de leche materna de forma inmediata, la descongelación se realiza al baño maría, esta leche sólo es aprovechable en las 4 horas siguientes y no se vuelve a guardar en la nevera.

VENTAJAS

- Puede extraerse la leche si necesita ausentarse.
- Congelarla si existe exceso de ella
- Aumenta la duración de la lactancia ya que facilita extraérsela en el trabajo, en casa y utilizarla posteriormente refrigerada o congelada.
- Ayuda en casos de ingurgitación mamaria
- Facilita la lactancia

BIBLIOGRAFÍA

- Abrams, Steven A. Hurst, Nancy M. (2018). Breast milk expression for the preterm infant. En uptodate tema 5044

- Domínguez Simón, María Jesús. Avances en la lactancia materna para matronas. Fuden formación

TEMA 263. EL CELADOR Y LA VISIÓN DE LA HUMANIZACION HOSPITALARIA.

- FÉLIX ALONSO FERNÁNDEZ
- ALEJANDRO ALONSO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVO**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad en 1986 marcó un comienzo en cuanto a los derechos del paciente, la justificación del Plan de Humanización de 1984, del Instituto Nacional de la Salud, reconocía la necesidad de potenciar y mejorar de la humanización en nuestros hospitales. Sin embargo, las declaraciones de principios, contrastadas con la realidad asistencial en los hospitales públicos, evidencian numerosas paradojas. Los procesos asistenciales que se llevan a cabo en los hospitales están fuertemente influenciados, por una parte, por las políticas sanitarias y por otra por la cultura hospitalaria, En este trabajo se aportan algunas reflexiones sobre la realidad del hospital, sobre algunos de los factores que mediatizan el trabajo de los profesionales y sobre la necesidad de incorporar una mirada antropológica y social al ejercicio profesional del celador.

para garantizar unos cuidados más humanos, personalizados y de alta calidad. La calidad asistencial que ofrecen nuestros Centros es totalmente equiparable a la de cualquier país del área europea, pero también es verdad que nuestros hospitales necesitaban potenciar y mejorar su faceta de humanización. El eje de dicho Plan era la Carta de Derechos y Deberes del paciente, cuya oficialización supuso una declaración de principios que se instrumentaría y se llevaría a la práctica a través de los medios previstos en el Plan de Humanización; en su presentación manifestaba que dicha Carta parte de la necesidad de armonizar las relaciones que se establecen entre los diversos elementos del sistema sanitario y sus pacientes en las condiciones que un estado democrático fundamentado en la libertad y el respeto a la dignidad humana exige.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es hacer una reflexión sobre la dualidad que existe entre algunos de los Principios que sustentan la regulación legal de los derechos y obligaciones de los pacientes y la realidad asistencial; sobre la paradoja resultante de la falta de coherencia entre los objetivos formulados y las acciones que se llevan o no a cabo para hacer efectiva su consecución es necesario considerar el marco institucional en el que se encuentran los hospitales así como el contexto sociocultural, con el fin de comprender algunos rasgos de su cultura y los factores que la influyen, que pueden resultar explicativos de las condiciones en que trabajan sus profesionales, la manera en que establecen las relaciones entre ellos y con los pacientes y la forma en que prestan los servicios.

CONCLUSIONES

Lo que predomina es el economicismo y lo impregna todo, es el logro económico, por encima de cualquier otro, lo que parece más importante. Parece que si la economía va bien, todo va bien. Esta filosofía tiene reflejo en la política sanitaria y desciende a todos los niveles de la estructura del Sistema Nacional de Salud. En el ámbito del hospital, preside la toma de decisiones en los niveles directivos, de tal manera que la distribución y la gestión de los recursos se realiza fundamentalmente desde unos criterios de rentabilidad económica en términos absolutos. Si la economía va bien, el hospital va bien.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29 de abril, 1986;
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm.274 de 15 de noviembre, 2002
3. INSALUD. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. Madrid, 1984.

TEMA 264. INFECCIONES NOSOCOMIALES Y SU PREVENCIÓN.

- LLARA LAVILLA SOLÍS
- CRISTINA ORDIALES VEGA
- SHEILA PÉREZ RODRÍGUEZ
- JENNYFER CORBEIRA PRESNO
- DAVID RODRÍGUEZ ALONSO

ÍNDICE

- MARCO CONCEPTUAL
- MARCO METODOLÓGICO
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

MARCO CONCEPTUAL

En la actividad diaria de un centro sanitario se realizan innumerables técnicas para el tratamiento y diagnóstico de los pacientes, por lo que se aumenta el riesgo de que al realizar alguna técnica invasiva el paciente contraiga alguna enfermedad nosocomial.

Estas enfermedades son las producidas dentro del ámbito sanitario y pueden diferenciarse en varios tipos que incluirían las infecciones respiratorias, producidas principalmente por el uso de ventilación mecánica; infecciones quirúrgicas, que son las producidas cuando se infecta una herida quirúrgica; infecciones urinarias, asociadas principalmente al sondaje vesical; y bacteriemia producida por la canalización de catéteres bien sean de acceso periférico o central.

Conocer las causas que hacen que se eleven el número de casos de pacientes que desarrollan este tipo de infecciones nos ayudará a la hora de gestionar su prevención y también su tratamiento.

Uno de los problemas que nos podemos encontrar a la hora de tratar estas enfermedades, es la resistencia a los antibióticos debido a un mal uso de estos o a que las cepas que producen la enfermedad son multirresistentes.

Las infecciones nosocomiales suponen un problema de salud pública y nos sirven como indicador de la calidad prestada en salud y de la gestión de esta. La vigilancia epidemiológica es la base de los programas de control de infección.

El lavado de manos es un método sencillo y eficaz para la prevención de las enfermedades nosocomiales. Una formación adecuada y permanente de las causas, tipos y formas de gestión de las enfermedades nosocomiales disminuirá el número de casos.

MARCO METODOLÓGICO

Para el presente trabajo planteamos los siguientes objetivos generales y específicos:

Objetivo general:

Resumir la información encontrada sobre las enfermedades nosocomiales realizando una revisión sistemática sobre el tema en las diferentes bases de datos.

Objetivos específicos:

Describir los diferentes tipos de enfermedades nosocomiales

Analizar las medidas de prevención de las enfermedades nosocomiales

Describir la epidemiología de las enfermedades nosocomiales

MÉTODO

Para la realización de esta revisión se pretende responder a la pregunta, ¿qué son las enfermedades nosocomiales? Para ello se realizó una búsqueda exhaustiva a través de las diferentes bases de datos disponibles para posteriormente resumir los datos encontrados y facilitar su comprensión. A continuación se explicará el procedimiento que se ha seguido para el análisis de la información encontrada.

Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de Scopus y Web of Science. Además para ampliar la información se utilizaron diferentes artículos que se catalogan dentro de la literatura gris.

Para conocer el tema en profundidad se buscó información sobre las enfermedades nosocomiales, su epidemiología, como se gestionan, sus medidas prevención.

La estrategia de búsqueda que se realizó utilizó entre otros los siguientes términos claves y operadores boleanos:

- ENFERMEDAD and NOSOCOMIAL
- INFECCIÓN and NOSOCOMIAL
- GESTIÓN and NOSOCOMIAL
- LAVADO DE MANOS
- PREVENCIÓN and NOSOCOMIAL
- EPIDEMIOLOGIA and NOSOCOMIAL

RESULTADOS

La mortalidad producida por enfermedades infecciosas ha ido disminuyendo desde de forma progresiva desde el pasado siglo. Esto ha sido posible gracias a la aparición de antibióticos y a los nuevos avances en técnicas diagnósticas y a nuevas terapias medicoquirúrgicas. Aun así, las infecciones continúan siendo una de las causas de mortalidad más importantes.

Las enfermedades nosocomiales son aquellas que afectan a los pacientes durante su estancia en el hospital y también aquellas infecciones relacionadas con el ámbito sanitario.

Esto es debido a que en la actualidad la asistencia sanitaria no se desarrolla únicamente en los hospitales; los centros de salud, hospitalización a domicilio y las residencias geriátricas también se relacionan con las enfermedades nosocomiales al administrar cuidados sanitarios que pueden influir en el aumento de están infecciones sin que pueda atribuirse estas a infecciones comunitarias (fuera del hospital).

El 5% de los pacientes se ven afectados y suponen un mayor coste económico y elevada morbimortalidad. Las enfermedades nosocomiales se dan con menos frecuencia en niños que en adultos.

Los principales tipos de infecciones que se dan en el ámbito sanitario están relacionadas con los procedimientos invasivos y son:

- Infección respiratoria
- Infección quirúrgica
- Infección urinaria
- Bacteriemia de catéter vascular

Estas infecciones están producidas en su mayoría por bacilos gram negativo, después por los gram positivos y en menos medida por hongos. Diferenciando entre cada patógeno, nos encontramos con Pseudomonas aeruginosa (13,1%) en primer lugar, seguido de Escherichia coli (11,3%), S. aureus (7,2%), Staphylococcus epidermidis (7,1%) y, en quinto lugar, Candida albicans (6,0%).

Las infecciones respiratorias se producen por neumonías asociadas a la ventilación mecánica. Estas son más frecuentes en unidades de cuidados intensivos. Representan el 45% de las infecciones pero su etiología varía en función de si la neumonía es de aparición precoz (cuando aparece en menos de 7 días) o de aparición tardía (cuando aparece después de los primeros 7 días). En las primeras domina el S. aureus sensible a meticilina (SASM), en las tardías predomina P. aeruginosa.

Conocer los agentes causales es importante para iniciar tratamientos empíricos antimicrobianos. El éxito de los antimicrobianos derivó en un uso excesivo de los antibióticos, lo que ha ocasionado que en la actualidad muchos microorganismos sean resistentes a muchos antibióticos.

En ocasiones a casi todos. El uso continuo de antimicrobianos fomenta la multiplicación y propagación de cepas resistentes. Algunos factores que contribuyen, además del uso inapropiado y excesivo de los antibióticos son: la administración de dosis subóptimas, la poca duración del tratamiento o el diagnóstico equivocado. El Comité de Uso de Antimicrobianos es el encargado de facilitar el uso apropiado de antimicrobianos, su labor es la de crear normas para la receta de medicamentos, revisar y aprobar directrices sobre la práctica, fiscalizar el uso de antibióticos, supervisar la educación y comunicarse con los representantes de las compañías farmacéuticas.

Después cada hospital tendrá su propia política sobre el uso de los antibióticos y los clasificará en antibióticos de uso irrestrictivo, restrictivo o reservado y de uso excluido.

Se debe tener una visión global y mantener un control de las enfermedades nosocomiales y la multirrestistencia no solo en el medio hospitalario sino en los diferentes ámbitos en los que se pueden llegar a producir en la comunidad. La presencia de microorganismos multirresistentes tiene importantes repercusiones para los pacientes y el sistema sanitario (costes, brotes epidémicos, morbimortalidad).

Las infecciones nosocomiales suponen un problema de salud pública y nos sirven como indicador de la calidad prestada en salud y de la gestión de esta. La vigilancia epidemiológica es la base de los programas de control de infección. Los programas de vigilancia, control epidemiológico, la adaptación e implementación de guías de prevención de las enfermedades nosocomiales son estrategias que ayudan a conseguir una mejor seguridad del paciente y deben ser la prioridad de los centros sanitarios.

Debemos tener en cuenta que, las infecciones nosocomiales ocasionan que el paciente permanezca durante más días ingresado en el hospital, esto supone más gasto de personal, material, etc. por parte del hospital pero también para el paciente, ya que se retrasa su incorporación a la vida laboral y los desplazamientos de familiares y cuidadores también suponen unos costes .

La prevención de las enfermedades nosocomiales puede reducir su incidencia en un 30% . La actividad preventiva debe concentrarse principalmente en los hospitales y centros de atención de salud.

El impacto económico de las enfermedades nosocomiales se refleja en el gasto de personal, de medicamentos, pruebas diagnósticas para detectar la infección, programas de prevención. Aunque el gasto en personal es el más importante, alrededor de un 70%, los gastos en prevención incluyen los programas de educación para el personal y los programas de intervención en la política antibiótica. Teniendo en cuenta también el gasto en tiempo que supone tanto para el que da como para el que recibe la formación.

Anualmente, se debería crear un plan de trabajo que evalúe y promueva una correcta atención de salud, aislamiento, esterilización, capacitación del personal y vigilancia epidemiológica dentro de los hospitales y también proporcionar suficientes recursos para llevar a cabo estos programas.

El personal de enfermería tiene un papel muy importante en el control de las infecciones, por ello debe tener claras cuáles son sus responsabilidades. Podemos diferenciar estas según se sea administrador principal de enfermería, jefe de enfermería de un pabellón o miembro del personal de enfermería encargado del control de infecciones. Entre estas responsabilidades destacan:

Administrador principal de enfermería:

- Participar en el Comité de Control de infecciones

- Crear programas de capacitación para los miembros del personal de enfermería

- Supervisar la puesta en práctica de técnicas de prevención de infecciones en sitios especializados, como quirófanos, cuidados intensivos, maternidad .

Jefe de enfermería de un pabellón:

- Mantener las condiciones de higiene, de conformidad con las normas del hospital y las buenas prácticas de enfermería.

- Limitar la exposición del paciente a infecciones de visitantes, el personal del hospital, otros pacientes o el equipo de diagnóstico y tratamiento.

- Informar de inmediato al médico de cabecera sobre cualquier prueba de infección de los pacientes bajo el cuidado de un miembro del personal de enfermería

Miembro del personal de enfermería encargado del control de infecciones:

- Identificar las infecciones nosocomiales
- Participar en la capacitación del personal
- Vigilar las infecciones nosocomiales
- Participar en la investigación de brotes

- Ofrecer asesoramiento especializado a programas de salud y otros apropiados establecidos para el personal de los hospitales en materia de transmisión de infecciones.

Una de las principales medidas de prevención de las enfermedades nosocomiales es el lavado de manos. Esta es una acción sencilla que puede llevar a cabo tanto el trabajador de salud como las personas que vienen de visita.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), propone seis maneras fundamentales para que los centros de atención de salud puedan mejorar la higiene de las manos y detener la propagación de las infecciones nosocomiales.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo se aborda el tema de las enfermedades nosocomiales. Al ser enfermedades que los pacientes adquieren dentro del ámbito sanitario, no exclusivamente en los hospitales ya que entrarían dentro de esta categoría también las enfermedades adquiridas en centros de salud, residencias geriátricas, etc…; es importante su conocimiento y su prevención.

Estas infecciones ocasionan una elevada mortalidad. La gestión de los recursos y de las medidas de prevención de estas enfermedades son de vital importancia para que disminuyan los casos de pacientes infectados.

Cuando un paciente es diagnosticado de infección nosocomial su ingreso en el hospital será más largo, lo que ocasiona un gasto elevado debido al aumento de cuidados por parte del personal de enfermería, sanitario y demás profesionales sanitarios. También aumenta el gasto en medicamentos y en medidas de aislamiento. Otras pacientes o familiares pueden contagiarse. Además el paciente que sigue ingresado continúa de baja laboral, por lo que ocasiona también gasto a la comunidad y a sus familiares y amigos si van a visitarle al hospital.

Como punto positivo encontramos que una de las técnicas de prevención más eficaz es a la vez sencilla de realizar, hablamos del lavado de manos. Este debe realizarse no solo por el personal sanitario que atiende al paciente , es importante que también las visitas recuerden realizarlo antes y después de tocar al paciente.

Dentro del hospital se realizan muchas técnicas invasivas y realizar un correcto protocolo de lavado de manos puede salvar muchas vidas. Es importante que todo el personal conozca los pasos a seguir. Pueden colocarse carteles en las diferentes áreas sanitarias, realizar formación al personal y familiares, además de instruir en las medidas de aislamiento para evitar que una infección pase a otro paciente.

La vigilancia epidemiológica y las acciones del Comité para el control de las infecciones desarrollan un papel muy importante en la prevención de las enfermedades nosocomiales. Otra medida a tener en cuenta es el ratio enfermera paciente de algunos hospitales. El riesgo de bacteriemia disminuye si el paciente puede ser atendido por el menor número de enfermeras, sin que estas tengan que estar cambiando constantemente de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Olaechea P.M, Insausti J., Blanco A., Luque P. Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales. *Med. Intensiva.* 2010; 34 (4) : 256-267
- Pujol M, Limón E. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. 2013; 31 (2): 108-113.*
- Hernáncez Orozco H.G., Castañeda Narváez J.L., González-Saldaña N. Infecciones nosocomiales asocadas a métodos invasivos en un hospital pediátrico de alta especialidad. *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. 22 (88): 115-120
- Tinoco J.C., Salvador-Moysen J., Perez-Prado M.C., Santillán –Martínez G., Salcido-Gutierrez L. Epidemiología de las infecciones nosocomiales en un hospital de segundo nivel. *Salud pública de México.* 1997. 39 (1) : 25-31

- Organización Mundial de la Salud. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía Práctica. Malta: 2º edición. Organización Mundial de la Salud. 2005.
- Shales D.M et al. Society for Healthcare Epidemiology of America and Infections Diseases Society of America Joint Committee the Prevention of Antimicrobial Resistance: Guidelines for the prevention of antimicrobial resistance in hospitals. *Infect. Control Hosp. Epidemial*. 1997; 18: 275-291
- Alvarez C.A, Cortes J. A, Hernando Gómez C, Fernández J.A, Sossa M. P, Beltrán F. et al. Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos. *Revista infecto.* 2010; 14 (4): 292-308

- Alvarez Gómez F.H. El lavado de manos. Prevención de infecciones trasmisibles. *Gaceta Médica Espirituana.* 2011: 13 (1)
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [Internet] Diez preguntas clave sobre la higiene de manos. Acceso el 14 de Noviembre de 2018. Disponible en: www.seguridadpaciente.es
- Organización Mundial de la Salud [Internet] Mis 5 momentos para la higiene de manos. Acceso el 11 de Noviembre de 2018. Disponible en: www.who.int

TEMA 265. LA AUTONOMIA DEL PACIENTE SEGÚN LA LEY 41/2002.

- MARGARITA SERRANO SUÁREZ
- SONIA MARÍA PLAZA GARCÍA
- BEGOÑA GARCIA VELARDE

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA
3. DERECHO A LA INTIMIDAD
4. RESPETO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE
5. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra historia mas reciente hemos constado como las mas importantes organizaciones internacionales se han ocupado de los derechos de los pacientes en el ámbito clínico asistencial.

Sin embargo fue el Convenio sobre los Derechos del Hombre y la Biomedicina suscrito por el Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos en vigor en España desde el año 2000 el que supone el primer instrumento jurídico vinculante para todos los países que lo suscriben y donde se recoge claramente el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

INTRODUCCIÓN

También nuestra ley General de Sanidad es otro de los pilares de la ley 41/2002 del 14 de noviembre pues el principio de autonomía del paciente ya viene recogido en esa ley en vigor desde 1986.

DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

Cualquier persona que va a ser objeto de una actuación en el ámbito de su salud tiene derecho a toda la información sobre la misma salvo en los casos que se establecen en la ley pero también tenemos derecho a que se respete nuestra voluntad de no ser informados.

Los requisitos que ha de cumplir esta información son:

- La veracidad de la misma.
- Comprender la finalidad de la intervención, su naturaleza, los riesgos y sus consecuencias.
- Se proporcionará como regla general de manera verbal pero dejando constancia de la misma en la historia clínica.

DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA

- Se comunicará al paciente de forma comprensible y le ayudará a tomar decisiones.
- El médico responsable es el garante de la información al paciente pero todos los demás profesionales implicados en el proceso también tienen que facilitarla al paciente.
- Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen riesgo para su salud individual o para la salud publica.

DERECHO A LA INTIMIDAD

- Los datos relativos a la salud de un individuo tienen carácter confidencial y nadie puede acceder a ellos sin una autorización previa amparada por la ley.

- Los centros sanitarios tienen que garantizar la confidencialidad de la información y elaborar los procedimientos y normas para acceder a dicha información.

RESPETO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE.

El consentimiento para cualquier actuación en salud debe ser:

- Dado por el afectado de una manera libre y después de haber sido informado.
- Será verbal por regla general.
- Obligatoriamente será por escrito en casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y para procedimientos que suponen riesgo notorio y previsible sobre la salud del paciente.

RESPETO A LA AUTONOMIA DEL PACIENTE.

- Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido del uso de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen en un proyecto de investigación.
- El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 41/2002 del 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- Revista Española de Salud Pública Scielo: Cesario García Ortega, Victoria Cozar Murillo y José Almenara Barrios.

- Revista :El diario médico: ”El consentimiento informado es un proceso no una firma en una hoja ” de Agustín Navarro Fornes.

TEMA 266. LA DIABETES.

- MARIA DEL SEQUERO RODRIGUEZ BAZ
- BELEN PEREDA DE LA FUENTE
- JOSE ANGEL LANCO FERNANDEZ
- VERONICA PULIDO LO0BERA

ÍNDICE

DEFINICION
SINTOMAS
TIPOS DE DIABETES
BIBLIOGRAFUA

DEFINICION

Es una enfermedad que afecta a los niveles de glucosa en la sangre. Es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce la suficiente cantidad de insulina o el cuerpo no la utiliza correctamente

SINTOMAS:

Hay múltiples síntomas entre ello se encuentran los siguientes:

-Aumento de la sed y aumento espontaneo de la micción de orina
-Mas sensación de apetito
-Visión borrosa
-Hormigueo en las manos y pies
-Perdida de peso
-La mala cicatrización de cualquier herida en la piel

TIPOS DE DIABETES

HAY DOSTIPOS DE DIABETES:

Tipo 1; Es en la que se observa la elevación
de la concentración sanguínea de glucosa, es decir, falta de la insulina. Este tipo de diabetes pueden estar asociadas a los factores ambientales, genéticos y autoinmunes..

Tipo 2: Es mas común que el tipo 1 , en la que hay un nivel alto de azúcar en sangre, las personas con mayor riesgo de padecerla son aquellas que tienen antecedentes familiares de diabetes, sobrepeso,(obesidad), diabetes gestacional, presión arterial elevada, triglericidos elevados, vida sedentaria, etc…

TRATAMIENTO

Control del nivel de azúcar

-Usar fármacos según preinscripción medica que puede ser orales o inyectables (insulina)

-No consumir alimentos con azucares

-Alimentos bajos en grasa

- Dieta sana y equilibrada realizando 5 comidas diarias
- No consumir alcohol
- -Realizar ejercicio

-

BIBLIOGRAFÍA

-fundaciondelcorazon.com
-medlineplus.gov
-www.diabetes.org
-www.middk.nih.gov
-los operadores booleanos (AND y OR) y pubmed

TEMA 267. LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE ENFERMERÍA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

- TAMARA SANTANA PÉREZ
- ANA VAQUERO MARTÍN
- MILAGROS ESTÉFANI ORE PÉREZ
- ROCÍO DEL PILAR BERMEJO MOSQUERA
- IRENE GARCÍA RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN……PAG 3**
- **METODOLOGÍA……..……..PÁG 4**
- **CONCLUSIÓN……PÁG 6**
- **REFERENCIAS……..……PÁG 7**

INTRODUCCIÓN

La violencia es una forma de interactuar donde se establece una relación de abuso, de acoso o de dominación en otra persona como ocurre con la violencia de género. Este tipo de violencia ha estado presente de forma generalizada a lo largo de la historia, pero de manera invisible ante los ojos de la sociedad debido a la normalización de este tipo de violencia en la mujer. El patriarcado, las creencias religiosas y las diferentes culturas han instaurado unos valores en los que la mujer tiene un papel secundario en la sociedad, debiendo obediencia y subordinación al hombre. Esta creencia se ha consolidado hasta la actualidad, en una sociedad moderna, democrática y civilizada, en la cual la violencia contra las mujeres ha reconocida por la OMS como un problema de Salud Pública desde 1996.

METODOLOGÍA

Las desigualdades sociales y culturales han sido creadas en beneficio de los hombres y su posición. De esta forma se ha visto la violencia de género como algo natural, impidiendo a las mujeres salir de este circulo ya que han sido educadas y socializadas para la lógica del aguante. Es de gran importancia la prevención desde la adolescencia y sobre todo, la sensibilización y concienciación de la población sobre la violencia de género. El principio de igualdad tiene se basa en redistribuir paritariamente los derechos y los recursos.

Los profesionales de enfermería tenemos una gran responsabilidad en la detección y actuación en los casos de violencia de género. La detección precoz nos permite realizar una intervención temprana, algo que es fundamental en estos casos.

La mayoría de las mujeres, en algún momento de su vida, acuden a consultas, urgencias, ya sea por su propia necesidad, por el cuidado de hijos o personas mayores. Así mismo, cuando una mujer sufre violencia de género, acuden con mayor frecuencia a los servicios sanitarios.

Entre los pacientes y enfermeros se establece una relación de cuidado, la cual nos permite valorar de forma integral a la persona, su entorno familiar y social. La atención domiciliaria enfermera es en una oportunidad para la detección precoz.

De todas formas, en cualquier contacto con las pacientes se puede, y se deben, explorar indicadores de sospecha de maltrato y actuar en consecuencia. Cuando un profesional de enfermería realiza la anamnesis y detecta la presencia de indicadores de sospecha, debe poner en marcha el Protocolo de Actuación en Violencia de Género de su área sanitaria.

CONCLUSIÓN

La violencia de género es un gran problema de salud pública, que requiere de políticas eficaces desde todos los ámbitos de la sociedad, del que la enfermería también es partícipe. Cualquier profesional sanitario debe conocer los protocolos de actuación que se deben seguir ante la sospecha de violencia de género.

BIBLIOGRAFÍA

- Monográfico: Estudios sobre masculinidades, LGBTIQ y cultura audiovisual. Rev. Área Abierta. Vol. 15, nº 1. marzo 2015. En: Durán Manso V. La nueva masculinidad en los personajes homosexuales de la ficción seriada española: de “cuéntame” a “sexo en chueca” Disponible en: http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARAB.2015.v15.n1.47596
- Bonino Luis. La violencia invisible en la pareja. Disponible en: http://www.luisbonino.com/pdf/mM96.pdf
- Lorente Acosta Miguel. El modelo machista de resolución de conflictos rela-cionado con la masculinidad y la construcción patriarcal de la cultura. https://miguelorenteautopsia.wordpress.com/2017/09/27/modelo-machista-de-resolu-cion-de-conflictos
- Atención Biopsicosocial al Malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud. Instituto de la mujer. 2006. http://educagenero.org/Recur-sos/SARA_VELASCO_Atencion_biopsic_malestar.pdf

TEMA 268. LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN. SU INFLUENCIA EN LA ADOLESCENCIA.

- Mª ANGELES MARTÍNEZ BESTEIRO
- MARIA DEL PILAR RUÍZ ESPINA

ÍNDICE

Introducción:
1.1 Tecnologías de la información y comunicación.
1.2 Las TIC y la adolescencia.
1.3 Canales de comunicación.
1.4 Riesgos del Mundo Virtual.
1.5 Consecuencias del uso indebido.
Metodología:
2.1 Bases de datos.
2.2 Descriptores de búsqueda.
Epílogo:
3.1 Educación funcional adecuada.
3.2 Educación ámbito escolar.
3.3 Educación ámbito familiar.
Bibliografía:
1Tecnologías de la información y la comunicación.
2 Evitación experiencial y adicciones .
3 Comportamientos de adicción en línea y ciberacoso

Introducción:

1.1 Es indiscutible el cambio social en que vivimos debido a la influencia de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Estos instrumentos tecnológicos nos proporcionan muchos beneficios: movilidad, información fácil y actualizada, entretenimiento, relación social, etc. Este poder que ejercen se hace notar especialmente en los adolescentes(1)

1.2 Las TIC son parte del de la vida diaria de los adolescentes, siendo su uso cada vez más precoz. Las investigaciones de los últimos años vienen alertando de los numerosos riesgos que se derivan del interés de los menores hacia las TIC (2), destacando su influencia en el desarrollo y bienestar psicológico (3), e incluso con el clima familiar.

1.3 Los adolescentes utilizan canales de comunicación distintos y más amplios que los adultos. Pueden establecer relaciones que comienzan online y llevarlas al mundo físico, y al contrario. Las nuevas formas de relación implican el desarrollo de nuevas habilidades , proceso que necesita del necesario aprendizaje y que naturalmente también puede implicar un mal uso.

1.4 El mundo virtual promete a los adolescentes un espacio con infinitas posibilidades pero también con amplios riesgos, entre los que podemos destacar la adicción a las mismas o ciberadicción y el uso malévolo como el cyberbullying(*3)*

1.5 Amplios estudio alertan de las múltiples consecuencias negativas que se pueden ocasionar: depresión, consumo de sustancias, trastornos del sueño, malestar psicológico, agresividad, aislamiento, problemas de adaptación social y reducción del rendimiento académico.

Metodología:

2.1 Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos relacionadas con ciencias de la salud como Pubmed, Scielo y también en el buscador Google Académico.

2.2 Para la búsqueda se utilizaros los descriptores:
Adicción en línea, nuevas tecnologías , adolescentes..
Para reducir los resultados de la búsqueda se filtraron los documentos que tuvieran más relación y no más de 5 años desde la última publicación, esto nos da unos resultados de más de 150 documentos a revisar, Finalmente, basándonos en los criterios anteriores y desechando algunos textos por considerarlos muy básicos o repetitivos, nos hemos quedado con un total de 15 documentos para trabajar en la realización de este capítulo

Epílogo:

3.1 El empleo cada día más precoz de las tecnologías pone en evidencia la necesidad de una educación funcional adecuada, que será desempeñada desde los dos agentes educativos básicos: la escuela y la familia(1.)

3.2 El entorno escolar es estimulante para el adolescente además de los resultados académicos que se pretenden conseguir, hay que destacar el intercambio de experiencias personales ,tendencias y puesta en práctica de habilidades sociales y relacionales.

3.3 La familia ejercerá un cuidado responsable creando un marco normativo que regule la conducta del adolescente y cree unos comportamientos que se repetirán en el futuro, enseñándole a controlar sus actos, sus emociones y proporcionándole una batería de habilidades sociales(3).

Bibliografía:

1. Pedrero E ,Ruiz J Rojo g, Llanero M, Pedrero J, Morales S, Puerta C. Tecnologías de la información y la comunicación (TIC): uso problemático de Internet, videojuegos, teléfonos móviles, mensajería instantánea Y redes sociales. Disponibles en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28492951 [Consultado el 21 de septiembre de 2019].

2 García C, Piqueras J. Evitación experiencial y adicciones tecnológicas en adolescentes. [En línea]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27363463 [Consultado el 21 de septiembre de 2019].

3 Arnaiz P, Cerezo F, Giménez F ,Maquilón J. Comportamientos de adicción en línea y ciberacoso entre adolescentes. Anal Psicol vol32 no3 Murcia. Weblog [En línea] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000300017 [Accedido oct. 2016].

TEMA 269. TRASTORNOS ALIMENTICIOS: ANOREXIA Y BULIMIA.

- MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ
- INES RODRIGUEZ FERNANDEZ
- AURISTELA ACEVEDO SUAREZ
- ARACELI HUERTA FERNANDEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- ANOREXIA
- BULIMIA
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Los trastornos alimenticios surgen en personas con problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima, con personalidad débil, problemas con las emociones.

Los trastornos alimenticios son enfermedades graves que pueden causar la muerte y que son de difícil curacion,aunque no imposible.

A estos trastornos los denominamos anorexia y bulimia

LA ANOREXIA

La anorexia se conoce aquellas personas que siente la necesidad de adelgazar de forma convulsiva, aunque no lo precise, su aspecto nunca será el adecuado para ellos.
Controlan exhaustivamente las calorías que consume sin permitirse comer hidratos de carbono realizan ejercicio compulsivamente, son personas manipuladoras que comienzan aislarse.
Ponen en riesgo su vida constantemente sin darse cuenta que el desenlace puede ser la muerte
La anorexia es una enfermedad grave en la que mueren miles personas al año.
-

BULIMIA

La bulimia son aquellas personas que comen de forman compulsiva, es decir, se dan atracones en el que comen todo aquello que tengan al alcance hasta que su estomago no puede aceptar mas alimento proporcionándole malestar.
Estas personas, después de comer se siente culpables, por lo que provocan el vomito, estos echos los cometen a escondidas de la gente.
Debido a sus actos producen lesiones en su organismo, como , esofagitis, irritación de colon, etc..

TRATAMIENTO

Los tratamientos a seguir para estas enfermedades consisten en terapias con psiquiatras y psicólogos, internamiento en la mayoría de los casos, educacion alimentaria y tratar el motivo que les desencadeno a tener los problemas con la comida .

BIBLIOGRAFÍA

wwww.cuidateplus.com
www.cun.es
www.psicoevidencias .es

TEMA 270. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

- **ELENA CANO MATEO**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN.**
- **CARACTERÍSTICAS MÁS IMPORTANTES DE LOS ANTICONCEPTIVOS.**
- **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**
- **EFICACIA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**

INTRODUCCIÓN

Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas.

Cada persona debe elegir su MAC de acuerdo a su propia situación de vida (estilo de vida, vida sexual, número de hijos que desea tener, número de parejas, valores, situación socioeconómica, etc.); las características del MAC que sean aceptables para ella y las condiciones de salud que se puedan ver afectadas por el uso del método (presión alta, hábito de fumar, enfermedades cardiovasculares, infecciones del tracto reproductivo, etc.).

El papel del/a profesional de salud es informar sobre todas las opciones y verificar los criterios de elegibilidad, de tal forma que le facilite al usuario/a tomar una decisión propia, libre e informada. También debe informar y orientar sobre el manejo de los efectos colaterales, o posibles problemas que surjan, y ofrecer el cambio de MAC si la usuaria así lo desea. Este proceso de información y orientación debe ser continuo durante el seguimiento.

CARACTERÍSTICAS MÁS IMPORTANES DE LOS ANTICONCEPTIVOS.

Eficacia:
Representa el riesgo de que una mujer se embarace aunque ella o su pareja estén usando un método anticonceptivo. La eficacia es mayor cuando el método se usa en forma perfecta y menor durante el uso típico, ya que algunas personas usan los métodos en forma incorrecta. Por eso es importante averiguar cómo se usa correctamente el método que se ha elegido y que su uso sea constante.

Aceptabilidad:
Las características de cada método anticonceptivo, pueden afectar de distinta manera a diferentes personas. Lo que para algunas personas puede ser una ventaja, para otras puede ser una desventaja. Cada persona debe poder elegir el más adecuado a sus necesidades.

Seguridad:

Algunas mujeres presentan condiciones de salud que restringen el uso de algunos métodos como lo establecen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. En general, las y los jóvenes no tienen problemas de salud que las/los pongan en riesgo si usan un anticonceptivo. Algunos anticonceptivos tienen efectos benéficos para la salud de quienes los usan: el uso de condones permite prevenir infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH/SIDA, las pastillas anticonceptivas combinadas disminuyen los síntomas premenstruales y la anemia y otorgan protección contra ciertos cánceres del aparato reproductor.

Facilidad de uso:

Cuando el uso del método es fácil, es más probable poder utilizarlo en forma correcta. Por eso se debe exigir información clara e indicaciones precisas sobre la forma de uso.

Reversibilidad:

La recuperación de la fertilidad o sea la capacidad de poder embarazarse después de la suspensión del método es un elemento esencial para las y los jóvenes quienes desean postergar el primer embarazo.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos para la mujer son:

- Anticonceptivos hormonales (Píldoras, Implantes, Parches, Inyectables, Anillos vaginales...)
- Dispositivos intrauterinos (DIU y DIU hormonal)
- Métodos de barrera:
  - Preservativo femenino
  - Diafragma
  - Esponja vaginal (lleva espermicida incorporado)
  - Espermicidas: Óvulos y Crema vaginal
- Métodos naturales:
  - Calendario Ogino
  - Temperatura basal
  - Control del moco cervical
- Métodos quirúrgicos: Ligadura de trompas y Dispositivo intratubárico.

- **Y para el hombre:**
  - Método de barrera: Preservativo masculino
  - Método quirúrgico: Vasectomía.(2)

EFICACIA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- Un 100% de efectividad expresa que hay cero embarazos al año por cada 100 mujeres, 99,9% expresa que se produce menos de 1 embarazo al año por cada 100 mujeres, y así sucesivamente:
- **100 %**: Vasectomía.
- **99 a 99,9 %**: Lactancia materna, ligadura de trompas, DIU, anillo vaginal, píldora anticonceptiva, parche anticonceptivo, implante hormonal, inyección hormonal.
- **98 %**: Condón masculino.
- **95 %**: Condón femenino.
- **94 %**: Diafragma.
- **86%**: Capuchón cervical
- El resto de métodos anticonceptivos suele tener una efectividad inferior a los descritos.(3)

BIBLIOGRAFÍA

1. **PÁGINA WEB:** http://icmer.org/wp_ae/informacion-general-2/#_ftn1
2. **PÁGINA WEB:** https://www.proximaati.com/bienestar/cuidado-femenino/metodos-anticonceptivos
3. **PÁGINA WEB:** https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/vida-sexual/efectividad-anticonceptivos.html

TEMA 271. NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES GÁSTRICAS.

- SARA GARCÍA NOVO
- MARÍA PILAR LOBATO ÁLVAREZ
- ISABEL BERTAULT BENEDICTO
- DIANA TUÑÓN PASTOR

INDICE

1. Enfermedades Gástricas
   - Prevención
2. Gastritis
   - Factores de riesgo
   - Síntomas
   - Tratamiento
   - Dieta
3. Úlcera Peptica
   - Síntomas
   - Tratamiento
   - Dieta
4. Cáncer gástrico
   - Síntomas
   - Tratamiento
   - Dieta

Enfermedades gástricas

- Relación bidireccional.
- Causa de alteraciones nutricionales.
- Algunas enfermedades digestivas están causadas por algún elemento dietético.
- Enfermedades gastrointestinales:
  - Motivos:
    - Orgánicos.
    - Psicológicos.
    - Bacterias, virus o parásitos.

⬅ Motivos principales

Prevención

- Higiene y preparación de alimentos.
- Evitar comer en la calle, lugares poco higiénicos…
- Lavado de manos.
- Agua embotellada.
- Lavar frutas y verduras.
- Revisar fechas de caducidad y calidad de los alimentos.
- Comer adecuadamente.

- Problemas:
  - Indigestión y acidez.
  - Úlceras pépticas.
  - Gastritis.
  - Cáncer de estómago.

- Tratamiento:
  - Medicinas
  - Estilo de vida

GASTRITIS.

- Gastritis es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos.
- Existen varios tipos de gastritis:
  - Gastritis crónica
  - Gastritis aguda
- La gastritis es etiológicamente multifactorial, observándose que en un solo paciente pueden intervenir múltiples factores tanto exógenos como endógenos

Factores de Riesgo

Puede ser causada por:

- Infección bacteriana (Helicobacter pylory)
- Viral
- Enfermedades autoinmunes (anemia perniciosa)

Factores exógenos:

- Helicobacter pylori
- AINES
- Tabaco
- Cáusticos
- Radiación

Factores endógenos:

- Bilis
- Irritantes gástricos
- jugo pancreático

SÍNTOMAS

- Malestar o dolor punzante o ardor (indigestión) en la parte superior del abdomen que puede empeorar o mejorar cuando comes
- Náuseas
- Vómitos
- Sensación de saciedad en la parte superior del abdomen después de haber comido

La ***gastritis*** no siempre provoca signos y síntomas.

Tratamiento farmacológico

- TTO Primera elección : OMEPRAZOL.
- TTO Recomendado primera línea :
    - 1gr amoxicilia 2 veces al día

Para erradicar Helicobacter pylori hay que utilizar antibióticos en conjunto con un inhibidor de bomba de protones a dosis y tiempos recomendados, y confirmar la erradicación de la bacteria .

Dieta en la Gastritis

- Alimentos Aconsejados:
  - Cocciones sencillas: plancha, grill, horno, hervidos, para favorecer la elaboración de comidas bajas en grasa.
  - Pasta, arroz, patata, pan blanco
  - Verduras cocidas y sin piel.
  - Frutas cocidas, en compota y en conserva.
  - Carnes magras, pescados, clara de huevo.
  - Quesos y lácteos desnatados.
  - Agua y bebidas sin cafeína.
- Alimentos a evitar:
  - Alimentos irritantes como: condimentos fuertes (pimienta, chile) alcohol, alimentos cítricos (zumo de naranja, limón, piña, fresas)
  - Café y té : pueden dañar la mucosa gástrica.

Alimentos a tomar con moderación

- Verduras
- Ajo, cebolla, tomate, pepino, pimiento.
- Productos integrales o muy ricos en fibra.
- Frutas con piel, verdes o poco maduras.: como aporte de fibra a la dieta , pueden ser las manzanas , las peras (con piel) y peladas frutas como el melón y el plátano
- Leche entera, nata y mantequilla
- Embutidos
- Quesos fermentados y muy curados.
- Chocolate, bollería.
- Zumos de uva y cítricos.
- Bebidas gaseosas : retrasan el proceso de digestión y por consecuencia aumenta la secreción de ácidos en el estómago.

Relaciones generales

- Se deben comer alimentos bajos en grasa en sodio y en azúcar.
- Masticar y comer de forma pausada.
- Realizar varias comidas al día , entre 4 y 5 : desayuno , media mañana , comida , media tarde y cena.
- Tras la cena se deben esperar 2 o 3 horas antes de irse a dormir.
- La ingesta suficiente de agua es muy importante, se deberían tomar aproximadamente dos litros al día .
- La disminución del estrés es muy importante ,pues si este aumenta puede aumentar el nivel de los jugos gástricos como se explico con anterioridad.

ÚLCERA PÉPTICA

- Úlcera: lesión de la piel o membrana mucosa con forma de cráter con escasa o nula tendencia a la cicatrización.
- Ulcera péptica: Es una erosión en el revestimiento del estomago o en el duodeno.

Causas:

- Las ulceras pépticas se producen por un desequilibrio entre los factores agresivos de la mucosa gastroduodenal .

Los agentes agresivos los mas importantes son:

- Hipersecreción de ácido gástrico
- La infección por la bacteria HELICOBACTER PYLORI
- Tratamientos con AINES.
- Enfermedad de crohn

Síntomas

- El síntoma mas característico de la úlcera péptica es el dolor en la zona central y superior del abdomen. Este dolor se define como corrosivo, y su aparición suele darse 1-3 horas después de las comidas.
- Otros síntomas frecuentes son:
  - ❖ Nauseas
  - ❖ Vómitos
  - ❖ Diarrea
  - ❖ Estreñimiento
  - ❖ Flatulencias
  - ❖ Pirosis
  - ❖ Regurgitaciones
  - ❖ Eructos
  - ❖ Pérdida de peso

Tratamiento

- Medidas higiénico- dietéticas
  - Abstenerse de bebidas alcohólicas, café y té
  - Evitar la leche y sus derivados
  - Tabaco
- Tratamiento farmacológico
  - Antisecretores de ácido
  - Protectores de mucosa
  - Fármacos que favorecen la cicatrización mediante la erradicación de H. pylori

DIETA

Frente a una úlcera péptica se debe llevar a cabo una alimentación lo mas variable posible, evitando temporalmente aquellos alimentos que nos puedan crear molestias y los que aumentan la acidez o irritan la mucosa gástrica.

No ingerir comidas abundantes, pesadas o copiosas.

Comer lentamente y masticar bien los alimentos.

No ingerir alimentos justo antes de irse a la cama, dejar pasar al menos 2h.

- ALIMENTOS ACONSEJADOS

  - ✓ Carnes, pescados, huevos.
  - ✓ Pescados blancos
  - ✓ Cereales, patatas y legumbres.
  - ✓ verduras y hortalizas
  - ✓ frutas frescas muy maduras no acidas
  - ✓ bebidas: agua, caldos e infusiones suaves

- ALIMENTOS LIMITADOS
  - ➢Leche y lácteos
  - ➢Carnes grasas, fibrosas.
  - ➢Cereales integrales, muesli etc
  - ➢Frutas ácidas
  - ➢Bebidas: café, alcohol, chocolates, bebidas con gas.

EL CÁNCER GÁSTRICO

- El cáncer gástrico o cáncer de estómago, es un tipo de crecimiento celular maligno producido con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos, en particular el esófago y el intestino delgado.

- **FACTORES DE RIESGO**

Infección de Helicobacter Pylori

Genero

Edad

Etnia

Geografía

Fumar

Obesidad

Cirugía de estomago previa

Anemia perniciosa

Enfermedad de Menetrie

Tipo sanguíneo A

Hª familiar de cáncer de estomago

SÍNTOMAS

La etapa inicial del cáncer gástrico suele ser asintomático, pero se pueden producir los siguientes síntomas:

- Indigestión, malestar estomacal o acidez estomacal
- Náusea o pérdida del apetito
- Sensación de cansancio

En etapas tardías se asocia con los siguientes síntomas:

- Sangre en las heces o heces de color negro
- Vómitos con sangre
- Dolor o llenura abdominal

Tratamiento del cáncer gástrico

Las opciones de tratamiento dependen del tamaño del tumor, su ubicación, la condición física del paciente y la etapa del cáncer.

La cirugía es la opción de tratamiento más común en el cáncer de etapa temprana.

Hay tres opciones principales para el cáncer gástrico:

- Gastrectomía Total
- Gastrectomía Parcial o subtotal
- Resección

La radioterapia y la quimioterapia pueden ayudar y mejorar las posibilidades de una curación después de la cirugía.

Recomendaciones nutricionales del cáncer de estómago:

- Entre la principal sintomatología a tratar en estos pacientes se encuentra la anorexia, sensación precoz de plenitud, náusea y vómito.
  - La dieta debe ser fraccionada
  - Reducida en lípidos
  - Controlada en condimentos
  - Complementada con fórmula polimérica

BIBLIOGRAFÍA

- CRAWFORD JM. Carcinoma Gástrico. En COTRAN RS, KUMAR V, ROBBINS SL, EDS. Patología Estructural y Funcional. 5.° Edición en español. Madrid, McGrawHill Interamericana, 1995:86.
- BETETA O, SALAZAR S, LOZANO R, HUAMAN C, MONGE E, HUAROTO M. Estudio Epidemiológico del cáncer Gástrico. Resúmenes del XIII Congreso Peruano de Enfermedades Digestivas. Lima, 15 al 20 de noviembre de 1992:13.
- Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente [Internet]. Madrid; 2015. Informe del consumo de alimentación en España 2015. Gobierno de España [citado 15 abr 2017]. Disponible en: http://www.mapama.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-y-comercializaciony-distribucionalimentaria/informeconsumoalimentacion2015_tcm7-422694.pdf

- Pomares Martínez MD. Enfermedad intestinal crónica inflamatoria (EICI): Colitis ulcerosa. En: Piriz Campos R, De la Fuente Ramos M. Enfermería Médico- Quirúrgica. Enfermería S21. 1ª ed. Madrid: DAE; 2001.p. 1299- 131
- E. Cabré Gelada. Nutrición y enfermedad inflamatoria intestinal. Servicio de aparato digestivo, Hospital Universitario GermansTrias i Pujol, Badalona, España. 2007

TEMA 272. EL PACIENTE INFECCIOSO: DIAGNÓSTICO Y ACTUACIÓN.

- GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ
- ALBA GARCIA BAS
- BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA
- EVA GARCIA ALONSO

ÍNDICE

- ENFERMEDADES INFECCIOSAS
- TIPOS DE GÉRMENES CAUSANTES
- DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS CLÍNICAS
- RESULTADOS EN EL LABORATORIO
- ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE INFECCIOSO Y EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)
- BIBLIOGRAFÍA

- La mayoria de estas enfermedades se pueden transmitir de una persona a otra, picaduras de animales o insectos, o por ingesta de liquidos o alimentos contaminados.

- Los signos y sintomas varian según el agente infeccioso, algunas leves no necesitan casi tratamiento, y otras requieren hospitalizacion y medidas de aislamiento.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Nuestro organismo está constantemente expuesto a numerosos gérmenes que en ocasiones nos pueden provocar graves enfermedades, las cuales son en muchas ocasiones fácilmente contagiosas.

Muchos gérmenes son inofensivos, incluso son útiles y vivimos en simbiosis con ellos pero otros pueden aprovecharse del sistema inmunitario y atacarnos provocando cuadros de gravedad, que precisan medidas de aislamientos incluso por su alta contagiosidad.

TIPOS DE GERMENES CAUSANTES

EXISTEN 4 PRINCIPALES TIPOS DE GÉRMENES

- BACTERIAS:
  - Muy comunes, son gérmenes unicelulares que emiten sustancia químicas que dañan nuestro sistema inmune.
- VIRUS
  - Capsulas con material genético que invaden las células para multiplicarse.
- HONGOS
  - Muy primitivos conviven en nuestro ambiente, unas 300 especies nos producen enfermedades
- PARÁSITOS
  - Son seres vivos que sobreviven a costa de otros seres vivos.

DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS CLÍNICAS

En la fase de diagnóstico de la patología infecciosa juega un papel importante la analítica sanguínea y las serologías y los cultivos de liquidos orgánicos y sangre.

Mediante la detección de positivos en en marcadores isotipo igm, marcador eficaz en la fase aguda de la infección primaria.

Mediante los cultivos se detecta el microorganismo responsable de la infección de forma indirecta y más específica que con el igm

RESULTADOS EN EL LABORATORIO

La forma más especifica para conocer un microorganismo causante de patología es un cultivo.
Por lo general una muestra contiene poca cantidad de microorganismos, por lo que esta se cultiva para favorecer elcrecimiento de estos e identificarlos.

- Sangre
- Esputos
- Heces y orina
- Lcr
- Areas genitales… etc

- Dependiendo del microorganismo se utilizan diferentes métodos y compuestos químicos para los cultivos.

- Tras este proceso de identificación se procede a elegir el tratamiento que mejor se adapte al microorganismo causante de la infección, lo que se conoce como **sensibilidad.** Estas pruebas de sensibilidad de utilizan sobre el propio cultivo usando diferentes fármacos antimicrobianos y viendo así cuál es el más efectivo y a qué dosis.
- Si un microorganismo es dificil de cultivar o de identificar se pueden pedir pruebas genéticas

ACTUACION ANTE EL PACIENTE INFECCIOSO

- Una vez identificado el microorganismo se ha de tomar una serie de medidas dependiendo de la gravedad, y de la contagiosidad.

- En caso de ser agentes contagiosos habría que realizar un aislamiento estricto del paciente bien…aéreo…de contacto…en función del tipo de método de transmisión del patógeno.

- Para los aislamientos en general:

  - Conocimiento de toda persona que entre en la habitación del aislado de las medidas a adoptar
  - Lavado de manos
  - Uso de guantes
  - Mascarillas…protecciones oculares…
  - Batas desechables
  - Control de basuras y desechos
  - Control del medio…etc

- De forma más específica, las medidas que se adopten en cuanto al tipo de aislamiento varían…si es aéreo…de contacto…por gotitas…

- En caso de aislamientos aéreos debería de haber un sistema de presión negativa en la habitación. En caso contrario se deben de abrir las ventanas siempre con la puerta de la habitación cerrada.

- Existen aislamientos inversos, destinados a proteger la salud de los pacientes inmunodeprimidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Biblioteca Cochrane. Jos H VerbeekBlair, RajamakiSharea, IjazChristina TikkaJani, H RuotsalainenMichael, B EdmondRiitta SauniF Selcen Kilinc Balci. Julio 2019. Disponible en: https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011621.pub3/full/es?highlightAbstract=infecciosas%7Cenfermedades%7Cinfecciosa%7Cinfeccios%7Cwithdrawn%7Cenfermedad

- Tte. Cor. Fernando Fernández Riverón,1 My. Jorge López Hernández,2 Dra. Laida María Ponce Martínez,3 y Dra. Caridad Machado. Resistencia bacteriana.Revista cubana de medicina militar [Scielo. Enero-Marzo 2003. Disponible en:
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572003000100007

TEMA 273. CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍ A LA PERSONA EN SITUACIÓN TERMINAL.

- ESPERANZA VELASCO CAMPA
- ELISA VALLINA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCIÓN.
2. CUIDADOS PALIATIVOS.
3. CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL.

3.1.HIGIENE.

3.2.ALIMENTACIÓN.

4 .APOYO PSICOLÓGICO Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA.

5 .EL DUELO.

6 .ETAPAS.

7 .CONCLUSIÓN.

1. INTRODUCIÓN:

Una enfermedad terminal es una “enfermedad incurable, con respuesta variable al tratamiento específico de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de autonomía y calidad de vida, que probablemente evolucionará hacia la muerte a medio plazo.”Se caracteriza por un intenso sufrimiento no solo del paciente sino también de sus familiares con una demanda asistencial importante que requiere de un equipo interdisciplinar con una formación específica para garantizar un adecuado apoyo al enfermo y a sus familiares.

2 . CUIDADOS PALIATIVOS:

Son un enfoque de la atención médica que mejora la calidad de vida tanto del paciente que afronta la enfermedad como la de sus familias, a través de la prevención y alivio del sufrimiento. No se deben de aplicar sólo en la fase terminal de la enfermedad sino también al inicio de ésta ya que brindan un apoyo importante físico, psicosocial y espiritual al paciente y a sus familias. El rigor de los profesionales y la atención personalizada hacen que el beneficio que aportan a la enfermedad sea muy positivo haciéndola más llevadera y reconfortable. Cualquier paciente incluido el de cuidados paliativos tiene derecho a unos principios básicos: a recibir información detallada sobre su estado de salud, soporte familiar y médico permitiendo que un familiar permanezca a su lado, alivio del dolor y sufrimiento tratando siempre al enfermo

Con la mayor dignidad, a la autodeterminación, teniendo participación a tomar sus propias decisiones a la hora de realizar y recibir tratamientos y finalmente derecho a rechazar el propio tratamiento haciendo que la enfermedad siga su curso natural.

3 . CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE TERMINAL:

“El principio de confort como objetivo básico”, es aquel que cubre todos aquellos cuidados de bienestar físico y moral del enfermo.

3.1 HIGIENE:

El paciente terminal por lo general se siente sin ganas ni fuerzas para realizar sus actividades diarias por el decaimiento y debilidad que le produce su enfermedad, por eso muchas veces no tienen la capacidad necesaria para satisfacer sus necesidades cotidianas. Por ello, debemos tratar un clima agradable, con cariño para que su aseo diario sea gratificante utilizando maneras y técnicas apropiadas en cada caso. Le debemos proporcionar autonomía y ayudarle en todo aquello que él no pueda realizar. Debemos prestar mucha atención al secado de la piel ya que es de suma importancia para evitar maceraciones de la misma. El aseo os permite valorar su estado físico, observando el estado de la piel con posibles edemas, escaras, cambios en la movilidad, etc. Si el paciente se puede mover se levantará de la cama y se le proporcionará todo lo necesario para su aseo, siempre

Ayudándole en todo lo que necesite. Si permanece en la cama se colocará en una posición adaptada a su patología.

ACTIVIDADES DE HIGIENE:

- Aseo bucal
- Baño diario
- Limpieza de ojos
- Aseo de genitales
- Acicalamiento (vestirse, peinado, rasurado)

Aseo de faneras (uñas)

3.2 ALIMENTACIÓN:

En la enfermedad terminal la alimentación es un problema que provoca angustia al enfermo y a sus familiares, ya que disminuye las ganas de comer y hay que conseguir que este acto no suponga ninguna dificultad añadida a su ya delicada situación. No debemos obligarle a comer y tenemos siempre que adaptarnos a sus deseos. Hay que seguir una serie de pautas a la hora de suministrarle el alimento:

- Controlar y estimular la ingesta de los nutrientes necesarios diariamente.
- Ofrecer ingestas de forma frecuente pero en pequeñas cantidades.
- Administrar líquidos para evitar la deshidratación y estreñimiento.
- Administrar el alimento por sonda nasogástrica en una fase terminal está contraindicado, ya que solo aumentaría su malestar, debemos tener en cuenta que el avance de la enfermedad va a producir su muerte y se trata de conseguir el mayor confort y bienestar al enfermo.

4 .APOYO PSICOLÓGICO Y COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y LA FAMILIA:

Es importante que la comunicación con el paciente y sus familiares sea clara y concisa, no debemos crear falsas esperanzas, el paciente tiene derecho a conocer su diagnóstico t pronóstico, aunque no resulte favorable, pero sí aliviar sus miedos. Son muy susceptibles ante cualquier gesto, mirada o susurro por ello, tanto el personal sanitario como la familia deben tener cuidado a la hora de transmitir lo que quieren decir. Con la familia hay que tener una actitud de escucha activa y respetar su estado de negatividad para evitar ansiedad y dolor, es importante saber escuchar para favorecer el diálogo y que reconozcan en el auxiliar de enfermería a alguien de confianza con quien puedan compartir sus sentimientos y temores.

5. EL DUELO:

Es una fase de agonía que precede a la muerte, difícil de afrontar y aceptar, causando demasiado dolor para la familia. La persona doliente generalmente se siente incapaz de superar esta situación una serie de síntomas propios del acontecimiento, el personal sanitario tiene que saber identificarlos para aplicar un tratamiento adecuado y mejorar su estado de recuperación. Este proceso lleva tiempo, ya que la tristeza y la angustia que conlleva esta situación es muy dolorosa y aparecen los síntomas propios de una depresión. Con el paso del tiempo deberían de disminuir y desaparecer superar el hecho y verlo como algo natural de nuestras vidas. Ser capaces de volver hacer frente a la vida con fuerza y ganas de vivir, aunque su ser querido difunto sea difícil de olvidar.

6 .ETAPAS:

- REPULSA: estado de shock, rechazo de la verdad.
- REBELIÓN: Reconocimiento de la verdad
- NEGOZACIÓN: Compromiso con la verdad, adaptación a la nueva situación.
- DEPRESIÓN: Decaimiento ante la verdad.
- ACEPTACIÓN: Reconciliación con la verdad.

El tiempo hace que todas estas situaciones vayan desapareciendo ya que condicionan nuestro humor y la actitud ante la vida. Hay que aprender a esforzarse, seguir viviendo, para que la soledad no nos invada.

7 . CONCLUSIÓN:

Son muchos los detalles que pueden favorecer que un enfermo terminal se encuentre lo mejor posible evitando incomodidad y malestar, por ello, se requiere de un equipo de profesionales que garanticen una atención médica adecuada. Los cuidados paliativos aportan al paciente alivio del dolor y una calidad de vida óptima, cuidando tanto la parte física como la emocional e incluso la espiritual.

BIBLIOGRAFÍA

- Enfermedad terminal y medicina paliativa en la cultura latina. Marcos Gómez Sancho.
- Cuidados paliativos no oncológicos. Enfermedad Terminal: conceptos y factores pronósticos. Guía médica SECPAL.

TEMA 274. PROCESAMIENTO DE LÍQUIDOS EN ANATOMÍA PATOLÓGICA.

- ANDREA GONZALEZ GONZALEZ
- CRISTINA ARCE DIAZ
- JOANA SERRANO ORTIZ
- MARIA DEL CARMEN VALBUENA ENCINAS

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **PROCESAMIENTO DE LÍQUIDOS**
- **BOTON CELULAR**

INTRODUCCION

Todos los líquidos que se envían al laboratorio de anatomía patológica deben de procesarse antes de su estudio histológico, para ello siguen un delicado proceso para su posterior revisión microscópica.

El técnico especialista es la herramienta fundamental en este procedimiento ya que se encarga de registrar las muestras y procesarlas para que el facultativo pueda dar un correcto diagnóstico.

Dependiendo de la celularidad y volumen de la muestra se siguen diferentes protocolos.
Existen dos tipos de toma de muestras :

- Citología exfoliativa - son células que se obtienen de cavidades cerradas del organismo que se comunican con el exterior, como el aparato digestivo o reproductor. La toma de muestras puede ser invasiva o no invasiva.

- PAAF – punción por aspiración de aguja fina. En la cual también hay dos tipos, de órganos más superficiales y más profundos. En esta última se utilizan técnicas eco guiadas.

Tanto para una como par otra es fundamental el procesado para una correcta lectura del mismo.

Normalmente las muestras que se reciben ya suelen estar fijadas por el personal sanitario que realizó la prueba.
Cuando ocurre esto, simplemente procederemos a teñir los portaobjetos, por lo que es muy importante que hayan teñido la fijación adecuada para conseguir un diagnóstico preciso.

El técnico especialista tiene que conocer el procesado de diferentes muestras ya que se encargará de utilizar el protocolo adecuado en cada caso.
Mediante estas técnicas de procesado de líquidos intentaremos obtener el mayor número de células para fines diagnósticos.

PROCESAMIENTO DE LÍQUIDOS

Líquidos con gran celularidad

Comprobaremos que el líquido este fijado, y si no lo está procederemos a fijarlo con alcohol de 50º a partes iguales.
Para ello utilizaremos una centrifuga a unas 3000 revoluciones durante unos diez minutos, unos tubos cónicos desechables denominados falcon que deben de ir adecuadamente cerrados.
Una vez centrifugados desechamos el sobrenadante en el bote original mientras que con la ayuda de una pipeta Pasteur aspiraremos el sedimento celular.
Tras esto colocaremos el sedimento en un portaobjetos identificado y realizaremos un extendido para aprovechar al máximo la muestra. Después aplicaremos el citos-pray para fijarlo y poder teñirlo más adelante.

Líquidos con escasa celularidad

Existen líquidos con poco material celular como pueden ser el líquido cefalorraquídeo y de orina.

Estas muestras se reciben en fresco y también se centrifugan y deben de ir identificadas adecuadamente en cada caso.

Se introduce parte de la muestra en el cito-contenedor con ayuda de una pipeta Pasteur y a su vez en la centrífuga junto con los portaobjetos y se pone en marcha a unas 1800 revoluciones durante diez minutos.

Utilizaremos portaobjetos tratados para que la muestra se fije mejor y no se pierda material.

Dejaremos que las muestras se sequen al aire y las teñiremos posteriormente , las tinciones mas utilizadas son Papanicolaou o hematoxilina.

BOTON CELULAR

Utilizaremos la técnica de obtención de botón celular cuando el material escaso o cuando queramos convertirlo en una micro biopsia cuando ya exista sospecha de patología. En la misma podemos aplicar técnicas tanto inmunohistoquímicas como histoquímicas.

Para realizarlo debemos fijarlo con alcohol de 50º a partes iguales con agua (mitad alcohol y mitad agua), lo centrifugamos diez minutos a 3500 revoluciones. Decantamos el líquido y añadimos formol al sedimento y lo centrifugamos 5 minutos a 1800 revoluciones.

Tras esto se observa el botón celular flotando en el formol el cual colocaremos en un cassette identificado y lo procesaremos según el protocolo una biopsia normal.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud. Planifi car y organizar la captación de muestras. En: Organización Panamericana de la Salud, Ofi cina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Manual de procedimientos de laboratorio de citología exfoliativa. Publicación del Programa de Enfermedades Crónicas no transmisibles. Washington: OPS; 2002.

- Ramos-Ortega G, Díaz-Hernández MC, Rodríguez-Moctezuma JR, Domínguez-Gómez FG.Citología cervical satisfactoria Extendido exocervical circular comparado con longitudinal Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2014; 52 (6)

- Sáez de Santamaría, Javier, Rodríguez Costa, Julio, De Agustín Vázquez, Domingo. Cuadernos de citopatología; citología líquida. Ediciones Díaz Santos.Madrid. 2017.
- Dr. David Cubero Rego , Lic. Arioska Matos Rodriguez , Tec. Noris Iglesias Garcia , Tec. Marvelis Lobaina Lopez y Tec. Yusnaidi Acosta Matos. El bloque celular, un nuevo método de obtención. VI Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Ciudad de la Habana. 2004.

TEMA 275. ACTUACIÓN SANITARIA ANTE UNA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

- VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ
- MÓNICA AMADO MENÉNDEZ
- MARIA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ
- LETICIA AMADO MENÉNDEZ
- ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ

ÍNDICE

1. Indicadores generales.
2. Indicadores sospechosos en consulta.
3. Como realizar el cribado.
4. Normas básicas de actuación.
5. Bibliografía.

1.INDICADORES GENERALES

- Antecedentes de haber sufrido malos tratos en la infancia.
- Antecedentes personales y hábitos de vida: abuso de alcohol y drogas, de psicofármacos,..
- Problemas gineco-obstétricos: infecciones, lesiones genitales, abortos repetidos, hijos de bajo peso al nacer, retraso en la solicitud de atención prenatal
- Síntomas psicológicos frecuentes: insomnio, depresión, ansiedad, estrés postraumático, intentos de suicidio, baja autoestima, labilidad emocional,..
- Síntomas físicos frecuentes: cefaleas, cervialgia, dolor crónico, mareos, problemas gastrointestinales, de sueño, dificultad respiratoria,..
- Uso de los servicios sanitarios**:** Hiperfrecuentación y otras de abandono.

2.INDICADORES SOSPECHOSOS EN CONSULTA

Características de las lesiones y problemas de salud:

- Retraso en la demanda de asistencia de lesiones físicas.
- Incongruencia entre tipo de lesión y explicación de la causa.
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)

Actitud de la mujer:

- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza, autoestima baja.
- Ansiedad o angustia, irritabilidad, etc.

Actitud en la pareja:

- Muy controlador, solicita estar presente en toda la visita…

3.COMO REALIZAR EL CRIBADO

- Comenzar con una explicación sencilla sobre el motivo por el que se realizan las preguntas de violencia de género.
- Realizar preguntas generales sobre las relaciones de pareja o utilizar instrumentos de cribado general (Escala Wast).
- Relacionar las preguntas generales con el motivo de la consulta.
- Si se observan indicadores, preguntar directamente sobre su existencia y tipo de agresiones sufridas.
- Se pueden utilizar instrumentos de cribado más precisos.

Debemos saber en qué momento tenemos que optar por realizar preguntas que requieran un mayor nivel de concreción por parte de la mujer.

Relacionar las preguntas sobre violencia de género con el motivo de consulta o con los síntomas que presenta la paciente que hacen sospechar una situación de violencia.

4.NORMAS BÁSICAS DE ACTUACIÓN

Actuación del profesional

- Indaga apoyos.
- No juzga.
- Pregunta si quiere dejar al marido de forma neutra.
- Respeta decisiones.
- Ofrece apoyos de otros profesionales.
- Seguimiento.

Actuaciones según la O.M.S.:

- Si no hay notificación de maltrato ni indicadores, no lo reconoce. Hay que mencionar los indicadores en la historia clínica y relacionar los síntomas con la situación familiar.

.

5.BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo. Día Internacional de la Violencia Doméstica. (Internet) Consultado 28/09/2019 Disponible www.msc.es/ciudadanos/violencia/violenciaGenero/diaInternacional.htm
  .
- Organización Mundial de la Salud: Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica (2005). 34p.
- Díez Ripollés, Maria Pilar; López de Valdivielso, Mª José; y col. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Servicio Riojano de Salud.(2010).84p.

TEMA 276. FALSAS CREENCIAS RELACIONADAS CON LA LACTANCIA MATERNA: DESTERRANDO MITOS.

-
- FERNANDA GUTIÉRREZ ÁLVAREZ
- SUSANA ÁLVAREZ LOPEZ
- IVÁN ÁLVAREZ DÍAZ
- MARIA FERNANDEZ IGLESIAS

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

Hoy en día y a pesar de las recomendaciones de la OMS sobre LM, las mujeres afrontan muchas dificultades para su instauración. En la sociedad occidental donde muchas mujeres no han visto nunca como se amamanta un bebé se han arraigado una serie de mitos y falsas creencias.

OBJETIVOS

- Identificar los mitos que rodean el acto de amamantar
- Aclara dudas y falsas creencias sobre la lactancia materna
- Informar y promover la LM

METODOLOGIA

Revisión bibliográfica de artículos de bases de datos como “Scielo” así como guías de lactancia para personal sanitario de AEPED y diversas páginas web relacionadas con lactancia materna.

RESULTADOS

MITO	REALIDAD
“Leches de mala calidad y cantidad insuficiente “	Todas las mujeres producen leche de buena calidad y suficiente ya que la lactancia materna funciona por un proceso oferta /demanda.
“Dar el pecho duele “	El dolor indica que algo no va bien, es un signo de mal agarre.
“No se puede dar pecho enferma”	La mayoría de las enfermedades infecciosas son compatibles con la lactancia, a través de la leche se transfiere inmunidad, incluso la mayoría de medicamentos son compatibles.
“Tomas cada 3h y durante 10min”	La lactancia materna es a demanda sin restricciones de tiempo ni de frecuencia.
“Después de los 6 meses la LM no es buen alimento”	La composición de la leche materna se adapta a las necesidades nutricionales del lactante.
“El tipo de parto condiciona la LM”	Inicio tardío y la menor frecuencia de las tomar condicionado por la rutinas hospitalarias es lo que origina menor producción

CONCLUSIONES

Conseguir una LM exitosa está directamente relacionado con la estimulación, la técnica de succión adecuada y con el apoyo a la mujer, por tanto la actuación del personal sanitario es fundamental para dar información prenatal adecuada y con rigor y así erradicar las creencias populares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llorens Mira B, Ferrer Hernández E, Morales Camacho V, Alenda Botella A. Creímos en la lactancia materna: Una aproximación de la experiencia en tres generaciones. Index de Enfermería [Internet]. octubre de 2007 [citado 26 de septiembre de 2019];16(58):34-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962007000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es

2. Falsos mitos [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://lactanciamaterna.aeped.es/falsos-mitos/

3. gpc_560_lactancia_osteba_paciente.pdf [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteba_paciente.pdf

4. Asociación Española de Pediatría, Comité de Lactancia Materna. Lactancia materna: guía para profesionales [Internet]. 2004 [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/lactancia/CNLM_guia_de_lactancia_materna_AEP.pdf
5. Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.unicef.org/Mitos_de_la_lactancia_materna.pdf

TEMA 277. TRASTORNOS ALIMENTICIOS.

- AIDA VALLINA RIESTRA
- YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ
- GLORIA VALDÉS PELÁEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- TIPOS
- TRATAMIENTO
- RESULTADOS
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimenticios han ido aumentando a través de los años.
Aunque se desconocen las causas exactas tienen especial importancia los factores psicológicos, genéticos, familiares, traumáticos, culturales o sociales.

TIPOS

- VIGOREXIA
- ORTOREXIA
- ANOREXIA
- POTOMANÍA
- PICA
- PERMAREXIA
- PREGOREXIA
- MANOREXIA
- DRUNKOREXIA
- BULIMIA

- Vigorexia: es un trastorno que se caracteriza por la necesidades de aumentar el volumen muscular corporal. Con ello se pueden tomar suplementos alimenticios, anabolizantes y una dieta en exceso de proteínas. También se realiza deporte en exceso.
- Ortorexia: personas que se obsesionan con la alimentación sana, llevando un control exhaustivo y estricto.
- Anorexia: necesidad por bajar peso. Se caracteriza por trastorno de la imagen corporal, disminución de la ingesta y peso anormalmente bajo.
- Potomanía: beber compulsivamente agua durante todo el día.
- Pica: alimentarse de sustancias no nutritivas. Es característico en niños.

- Permarexia: persona que piensa que todo lo que come engorda.
- Pregorexia: mujeres embarazadas que se preocupan por su figura física. necesidad de perder peso, disminuir la ingesta o incluso limitarla.
- Manorexia: trastorno alimenticio presente en hombres, parecido a la anorexia en mujeres. Tienen miedo a engordar y hacen excesivo deporte para controlar y bajar el peso.
- Drunkorexia: muy característico en adolescentes, que dejan de comer para contrarrestar las calorías del alcohol. Suelen ingerir alcohol en grandes cantidades.
- Bulimia: Darse atracones de comida y después provocarse el vómito por sentimientos de culpa para no engordar.

TRATAMIENTO

La terapia psicológica es una de los pilares en dicho tratamiento, con terapias conductuales individuales o grupales. También puede ser necesario tratamiento farmacológico para controlar la ansiedad, el insomnio y agitación.

RESULTADOS

Dentro de los trastornos alimenticios resulta difícil saber cómo ayudar. Es importante ponerse en manos de profesionales e iniciar la terapia cuanto antes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trastornos de la alimentación: MedlinePlus en español [Internet]. Medlineplus.gov. 2019. Available from: https://medlineplus.gov/spanish/eatingdisorders.html
2. Causas [Internet]. Trastornos alimenticios. 2019 Available from: http://trastornosalimenticios.org/causas/
3. ¿Qué Causa un Trastorno Alimenticio? [Internet]. National Eating Disorders Association. 2019 Available from: https://www.nationaleatingdisorders.org/que-causa-un-trastorno-alimenticio

Apoyo para adolescentes con desórdenes alimentarios: Una guía para familiares y amigos íntimos [Internet]. Center for Young Women's Health. 2019 [cited 26 September 2019]. Available from: https://youngwomenshealth.org/parents/apoyo-para-adolescentes-con-desordenes-alimentarios-una-guia-para-familiares-y-amigos-intimos/

TEMA 278. PROBLEMAS SOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO.RETRASO DEL ALTA HOSPITALARIA.

- DAVID GONZALEZ MUÑOZ
- SERGIO BARRIGA BREÑA
- CLARISA GARCÍA AMOR
- MARTA MORÁN SUÁREZ
- ANA CRISTINA LORENZO GARCÍA

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. OBJETIVOS
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN
5. CONCLUSIÓN
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

RESUMEN

Cada vez es más común el retraso de un alta hospitalaria debido a la presencia de un problema social. Pacientes que con anterioridad al ingreso eran independientes y vivían solos en su casa, se vuelven, tras una caída, un comienzo de demencia o cualquier tipo de problema asociado a una edad avanzada, dependientes en mayor o menor grado.

Surge aquí un problema a la hora del alta hospitalaria, tanto para el paciente como para la familia, si existe, que tiene que hacerse cargo de la misma. .

INTRODUCCIÓN

La planificación y gestión de cuidados al alta hospitalaria de las personas mayores es un problema en las sociedades de países desarrollados.

Los pacientes ancianos se han estigmatizado como "bloqueadores de camas" en un ámbito hospitalario.

Al amparo de estudios e investigaciones recientes se ha logrado modificar esta percepción, y se ha pasado a considerar como factores causales a la ineficacia en la gestión de los recursos, la deficiente atención socio-sanitaria y otras cuestiones interprofesionales.

Según el motivo del retraso al alta hospitalaria se segmenta la población en seis grupos:

- En espera de inicio de la valoración de los equipos de atención socio-sanitaria.

- A la espera de equipos de atención domiciliaria.

- En espera de residencia u hogar de ancianos.

- Retraso debido a la elección del paciente o familia.

- En espera de financiación pública.

- En espera de nueva atención del Sistema Nacional de Salud.

Todos estos factores dan lugar a que en los hospitales se produzcan demoras desde el alta médica al alta real de los pacientes ancianos, siendo asumidos por estos centros las funciones sociales.

Estas circunstancias se ven agravadas cuando los recursos sociosanitarios alternativos son escasos o están poco coordinados entre sí.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es dar visibilidad a la necesidad de buscar algún modelo de gestión para los pacientes que pasan de la independencia a la dependencia tras la estancia hospitalaria y posterior alta; así como formar al equipo multidisciplinar del procedimiento necesario para que el paciente y la familia se vayan haciendo idea de los problemas desencadenantes y las posibles alternativas con la llegada del alta hospitalaria.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Derivado de estudios publicados en la línea medica que tienen que ver con nuestro tema en cuestión, se analiza que un porcentaje elevado de altas hospitalarias con una media de edad de los 74 años, vuelven a reingresar en un periodo de no mas de 30 días después del alta, por recaída o simplemente por perdida de autonomía.

Estos datos llevan a pensar si es derivado de una mala praxis en el alta hospitalaria debido a la presión asistencial y al recorte de presupuestos en tema sanitario-social, o si por el contrario es debido a un agravante condicionado por una edad avanzada del paciente.

Según un estudio realizado por la Unidad de Investigación en Servicios de Salud del Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, en el momento del alta, el 17% de los pacientes precisaban ayuda parcial y el 21 % ayuda completa. El 23% era candidato a recibir ayuda domiciliaria, el 9% a ser tratado en un hospital de día y el 6% en uno de crónicos. Los pacientes demandaban mayoritariamente vivir en su casa.

Al mes del alta, sólo un 2% de los pacientes recibía ayuda domiciliaria, ninguno era tratado en hospital de día ni de crónicos, y un 3 % volvía a estar ingresado en un hospital de agudos. Un 8 % de los pacientes que vivían en su casa solos antes del ingreso y un 5 % de los que vivían acompañados pasaron a vivir a casa de familiares.

La noticia del alta hospitalaria no siempre es una buena noticia. Muchas veces la situación biológica, psicológica, social, cultural y económica del paciente condiciona sus posibilidades de recuperación y sus necesidades de apoyo al alta. Si no se contemplan todas las facetas, el alta será vivida con angustia e incertidumbre por el paciente y su familia, se retrasará su recuperación, no podrá volver al domicilio y se pospondrá el alta ocupando indebidamente una cama.

Por ello un programa de planificación del alta hospitalaria es la mejor manera de adelantarse a los problemas reales del hospitalizado y evitar la precipitación en su regreso a casa.

Una de las primeras referencias al «programa de la planificación del alta», data de 1910 y se sitúa en el Hospital de Bellevue en Nueva York.

Esta Planificación de Alta Hospitalaria consiste es el desarrollo de un plan individualizado para el paciente antes de su salida del hospital, con el propósito de disminuir los costes y mejorar los resultados de los pacientes.

La planificación del alta garantizará que los pacientes sean dados de alta del hospital en el momento oportuno de su atención y con el aviso previo adecuado, así como la organización del suministro de otros servicios que faciliten el soporte pos-alta necesario para la continuidad de la asistencia socio sanitaria del enfermo.

Por ello en el ámbito hospitalario es de esencial importancia la figura del Trabajador Social Sanitario, el cual a partir del estudio, diagnóstico y tratamiento socio sanitario atiende a las personas ingresadas y a sus redes sociales más próximas, para que la enfermedad no sea motivo de pérdida de la calidad de vida, de discriminación o marginación social y para asegurar la continuidad de cuidados en el domicilio en el momento del alta hospitalaria.

Se trata fundamentalmente de, a partir del análisis de la información obtenida, proponer acciones orientadas a mejorar el regreso a casa, en coordinarse con los servicios de atención primaria, servicios sociales de base, instituciones, etc..

Para tener controlado el servicio post alta se necesita una coordinación de los Sistemas Públicos de Protección Social y una integración de las políticas socio-sanitarias que aporte racionalidad y optimización a los mismos y a la necesidad de cobertura integral de estos enfermos.

Los países europeos con Sistemas de Protección Social más avanzados y consolidados han tenido grandes dificultades para lograrlo.

La accesibilidad a los diferentes servicios y prestaciones sociales y sanitarias continúa estando fragmentada y garantizar la continuidad asistencial y facilitar el acceso entre los diferentes sistemas es aún un reto pendiente.

CONCLUSIÓN

Los resultados vislumbran una problemática que va en aumento directamente proporcional al envejecimiento poblacional. Problemática que lleva a plantearse un intento de promulgar una nueva gestión de recursos sociales en este tipo de pacientes que en un primer momento eran independientes y que tras un problema de salud generado por la edad, quedan en un vacío legal en el que se enfrentan paciente, familia y el equipo sanitario, que se quedan sin ideas y soluciones para con el alta hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300007&lng=es&nrm=iso
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300002&lng=es&nrm=iso
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006001100005
- http://www.opimec.org/media/files/Atencin_Enfermedades_Crnicas_.pdf
- https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4671566
- http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7018/9017

- https://www.smgg.es/images/articulos/Plan-Geriatria-Comunidad-Madrid.pdf
- https://docplayer.es/4769293-Programa-de-planificacion-del-alta-hospitalaria.html
- http://trabajosocialsanitario.blogs.uoc.edu/2016/04/28/los-trabajadores-sociales-sanitarios-y-la-planificacion-del-alta-mas-de-un-siglo-centrando-la-atencion-en-la-persona/
- https://www.europapress.es/epsocial/noticia-mayoria-pacientes-rechaza-alta-hospitalaria-vive-solo-tiene-problemas-dependencia-expertos-20070705183444.html
- http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6275/Gestion_de_casos_alta_hospitalaria.pdf?sequence=2

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. BOE n.º 299, de 15/12/2006.

- https://fedace.org/alta_hospital_dano_cerebral.html

- https://www.cochrane.org/es/CD000313/planificacion-del-alta-del-hospital-al-domicilio

TEMA 279. PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN EL SERVICIO DE IMÁGEN PARA EL DIAGNÓSTICO.

- **SARA MARTÍN VILLANUEVA**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- MEDIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA OPERACIÓN
- PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN RADIODIAGNÓSTICO
- PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL TRABJADOR Y PACIENTE

INTRODUCCIÓN

La actuación sobre las fuentes de radiación ionizantes son muy diversas destacando:

- La compra de los equipos o fuentes de radiación.
- Realizar controles de calidad anualmente.
- Durante la operación del día a día.
- Gestionando los residuos radioactivos.

MEDIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA OPERACIÓN

Se dispone de tres herramientas básicas:

A. Tiempo
B. Blindaje
C. Distancia

MEDIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA OPERACIÓN

A. Tiempo

- Minimizar el tiempo de exposición frente a una fuente radioactiva.
- Reducir a un tiempo mínimo la operación.

B. Blindaje

- Cuando es imposible quedarse permanentemente a una distancia suficiente, se utiliza la interposición de pantallas o blindajes.
- La naturaleza de la pantalla depende de la radiación a interceptar.

MEDIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA OPERACIÓN

B. Blindaje

Los blindajes dependerán de:

-distancia foco de Rx – pared.

-tipo de radiación a atenuar (directa o dispersa)

-ocupación de las salas cercanas.

-personal o elementos que se encontrará en esas salas anejas

Los materiales utilizados son plomo, ladrillo,hormigones, forjado, cristales…

MEDIOS DE PROTECCIÓN RADIOLÓGICA PARA OPERACIÓN

C. Distancia

- Cuando es posible, permanecer a una distancia suficiente constituye la protección más simple.

- Cuando más lejos de una fuente, más disminuye la dosis recibida, en cantidad igual al inverso del cuadrado de la distancia.

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN RADIODIAGNÓSTICO

La Protección Radiológica deberá intervenir en las tres fases de un servicio de Radiodiagnóstico:

- El diseño del equipo de rayos.
- El proyecto de la instalación.
- Fase de operación.

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN RADIODIAGNÓSTICO

- El diseño del equipo de rayos.
  - Básico
  - General (básico + radioescopia)
  - Arco quirúrgico
  - Equipo portátil
  - Mamógrafo
  - Tac

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN RADIODIAGNÓSTICO

- El diseño de la instalación.

En general la sala en que se encuentra el equipo de Rx (radiografía convencional o TAC) debe estar adecuadamente blindada (puertas y ventanas incluidas) con el objeto de reducir a valores aceptables el nivel de radiación que escape de ella.

Lo habitual son blindajes con un equivalente de 2mm ó más de plomo.

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN RADIODIAGNÓSTICO

- El diseño de la instalación.

Preferiblemente estas salas se instalarán en sótanos y plantas bajas que evita también transeúntes innecesarios.

En radiodiagnóstico se trabaja con Rayos X que no podemos detener con ningún tipo de blindaje, pero si podemos atenuarlos lo suficiente para estar dentro de los límites establecidos por la legislación y recomendados por la ICRP.

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL TRABAJADOR Y PACIENTE

- Protección estructural mediante blindajes.
- Clasificación de zonas.
- Uso de prendas de protección individual en caso de exposición directa.
- Clasificación del personal.
- revisiones médicas iniciales y periódicas.
- Dosimetría personal.
- Formación en materia de protección radiológica (acreditación de director y operador)

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL TRABAJADOR Y PACIENTE

- Actuación según procedimientos que aseguren mínima irradiación a personal, pacientes y público:
  - Estancia fuera de la sala de rayos X.
  - Protección en caso de permanecer en su interior.
  - Acceso controlado a sala de rayos X; cerrar puertas.
  - Colimación de campo, evitar repeticiones innecesarias.
  - Uso de protectores de paciente, y técnicas que aseguren mínimas dosis al paciente.
  - Actuación en caso de emergencia.

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA DEL TRABAJADOR Y PACIENTE

- Actuación según procedimientos que aseguren mínima irradiación a personal, pacientes y público:

-corroboración de correcto estado de instalación y equipo mediante:

- ✓ Medidas ambientales
- ✓ Medidas de dosis a paciente.
- ✓ Control de calidad del equipamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Magdalena Cervera, Rocío Rodríguez Polo, Juan Manuel Gil Ramos, Silvia Ramos Caro. Mad. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico. Junio, 2015.

TEMA 280. PSICOSIS PUERPERAL.

- ISABEL BERTAULT BENEDICTO
- DIANA PASTOR TUÑÓN
- MARIA PILAR LOBATO ÁLVAREZ
- SARA GARCIA NOVO

ÍNDICE

- HISTORIA. DEFINICIÓN
- OBJETIVO
- EPIDEMIOLOGÍA
- PAPEL DE LA ENFERMERA
- SALUD MENTAL PERINATAL EN ESPAÑA
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

HISTORIA. DEFINICIÓN

Desde la época de Hipócrates se empezó a hablar de psicosis puerperal. Se consideraba un estado de locura plural que dependía de la época: embarazo, puerperio o lactancia explicada según la teoría de los humores. Durante la época del Cristianismo se estancaron las ciencias y se buscaba explicación en los demonios, llegando incluso a la Edad Media y Renacimiento.

El verdadero estudio de la psicosis puerperal comenzó en el siglo XIX con Esquirol que apartó la teoría de los humores. Éste comenzó a estudiar variables como el estado civil de la puérpera, la clase social descartando así la teoría hereditaria que se llevaba sosteniendo hasta entonces.

Más tarde, dos corrientes teóricas van a enfrentarse para determinar si existe una patología específica del posparto. En primer lugar una corriente anglosajona para la cuál la patología del posparto existiría ya antes del parto. La segunda corriente recogía una opinión compartida por numerosos autores franceses según la cuál existiría una patología propia del posparto. La tarea de clasificar una psicosis aparecida en el puerperio es complicada.

- Según la CIE - 10 cuando se trata de psicosis posparto específica puede utilizarse la categoría de trastornos mentales en el puerperio (F53), si bien advierte que un cuadro clínico de psicosis puerperal muy difícilmente se puede diferenciar de forma fiable de un trastorno del humor o de una esquizofrenia.
- En el DSM - IV la especificación de inicio en el posparto (en las primeras 4 semanas) puede aplicarse al episodio depresivo mayor, maníaco o mixto actual de un trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar I o trastorno bipolar II, o a un trastorno psicótico breve

OBJETIVO

- Adquirir una visión actual de la patología de la psicosis puerperal, del papel de la enfermera y de los dispositivos disponibles en España para su tratamiento.

EPIDEMIOLOGÍA

Según diversos autores, la frecuencia de la psicosis puerperal es de 1 a 2 casos por cada 1000 partos en la población general. El riesgo está muy aumentado en las mujeres que tienen antecedentes personales de trastornos del humor unipolares o bipolares (especialmente un trastorno bipolar I). En estos pacientes el riesgo pasa de 2/1000 al 20 a 25%.

El riesgo de recurrencia de una psicosis en un parto posterior es muy elevado y una mujer que haya tenido un primer acceso en el posparto tiene con otro embarazo una probabilidad de recurrencia del orden de más del 20% o 30%, según los estudios publicados.

- Respecto a los factores predisponentes de la psicosis puerperal tampoco hay un acuerdo. El factor de riesgo mejor documentado es una historia pasada de psicosis puerperal o de enfermedad maníaco-depresiva. El riesgo más alto se asocia con trastornos afectivos específicamente, confiriendo el trastorno bipolar probablemente un riesgo más alto que el unipolar. La primiparidad, madre soltera y parto con cesárea, según diferentes estudios, aparecen significativamente asociados a una mayor probabilidad de tener un episodio. Por lo que se refiere a los acontecimientos vitales, éstos pueden ser precursores significativos de enfermedad no psicótica en el posparto (depresión), pero son menos importantes como factores de riesgo en los trastornos psicóticos.

- En la patología de psicosis puerperal aparece como sintomatología la psicosis delirante aguda y accesos maniaco- melancólicos. En la fase aguda se necesitan antipsicóticos atípicos, benzodiacepinas y/o litio. Una vez finalizada, se introduce la rehabilitación psicosocial para mejorar la relación materno- filial para evitar el maltrato infantil. Hay documentados seguimientos en centros de día e incluso desde el domicilio.

PAPEL DE LA ENFERMERA

- El rol que desempeña la enfermera en el seguimiento de esta patología en la relación de persona a persona, mejorando la relación materno filial y ésta disminuyendo su presencia a medida que la puérpera se va recuperando. La enfermera constituye un apoyo y un modelo de imitación, mantiene la realidad de la puérpera a través de la conversación.

SALUD MENTAL PERINATAL EN ESPAÑA

- Recientemente la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal intenta impulsar dispositivos específicos y creación de una red de servicios de salud mental perinatal, comunitarios y hospitalarios. Deberían ser multifactoriales y albergar profesionales desde el consejo genético, la pediatría, servicios sociales, enfermería. En otros países como Francia, Alemania o Bélgica hay unidades madre- bebé que evitan la separación madre-bebé, favorecen la lactancia y mejorar la relación entre ellos en una ambiente más hogareño.

CONCLUSIONES

- No hay un acuerdo entre los profesionales sobre si la patología se desarrolla antes o después del posparto.
- Entre los factores predisponentes está claro el de una enfermedad mental previa como el trastorno bipolar I, aunque también otros factores como ser primípara, soltera y parto con césarea pueden influir.
- El papel de la enfermera mejora el pronóstico de la enfermedad.
- La salud mental perinatal en España está pendiente de mejorar para realizar planes específicos de detección y seguimiento desde un punto de vista transversal.

BIBLIOGRAFÍA

- Borrego Espárrago V. La presencia de enfermería como intervención principal ante un episodio de psicosis puerperal. NURE Inv [Internet]. Sep-Oct 2014. [citado 29 septiembre 2019]; 11(72): [aprox 7 p.]. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/32
- Lasheras G, Echevarria I, Farré- Sender B, Gelabert E, Roca A, Serrano- Drozdowsky E. VI Jornada de Salud Mental Perinatal. Psicosomático psiquiatría [Internet]. Mayo-Jun 2017. [citado 29 septiembre 2019]; 1(1): [81-100]. Disponible en: https://psicosomaticaypsiquiatria.com/noticias-salud-mental-perinatal-no-1/

TEMA 281. ASBESTOSIS:PREVENCIÓN Y ENFERMEDAD.

- MARIA PILAR LOBATO ALVAREZ
- SARA GARCIA NOVO
- DIANA TUÑON PASTOR
- ISABEL BERTAULT BENEDICTO

INDICE

INTRODUCION
OBJETIVO
SINTOMAS
DIAGNOSTICO
TRATAMIENTO
CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

El asbesto o amianto es el nombre de un grupo de minerales fibrosos que están presentes en la naturaleza y son resistentes al calor y la corrosión. Se usaba mucho en el pasado, en productos como el aislamiento, el cemento y en ciertas baldosas para el piso.

Cuando se inhalan las fibras de asbesto, es posible que se alojen en los pulmones y que permanezcan ahí por mucho tiempo. Con el tiempo, las fibras pueden acumularse y causar cicatrices e inflamación, lo cual puede dificultar la respiración y llevar a serios problemas de salud como el cáncer de pulmón y el mesotelioma maligno (cáncer que se encuentra en el revestimiento de los pulmones, el tórax o el abdomen). Cuando el amianto se traga puede causar cáncer del tubo digestivo.La enfermedad que causa el asbesto es la asbestosis.

La asbestosis es una enfermedad crónica del pulmón causada por la inhalación de fibras de amianto. Los síntomas de la asbestosis pueden ser de leves a graves y, en general, no se presentan sino hasta muchos años después de exposición continua. A medida que la asbestosis avanza, más y más tejido del pulmón se llena de cicatrices. En última instancia, el tejido del pulmón se vuelve tan rígido que no puede contraerse y expandirse con normalidad.

La mayoría de las personas con asbestosis la contrajeron en su trabajo antes de que los gobiernos comenzaran a regular el uso del amianto y sus subproductos en la década de 1970.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que, “todas las formas de asbesto son cancerígenas para el ser humano”.

El consumo de tabaco junto con las fibras de asbesto puede aumentar las posibilidades de sufrir cáncer de pulmón.

OBJETIVO: PREVENCIÓN Y CUIDADOS DE SINTOMAS

Para prevenir la aparición de enfermedades relacionadas con asbesto, es necesario la prevención en tres niveles: primaria, secundaria y terciaria.

Desde la prevención primera dando educación sanitaria y haciendo mucha énfasis en evitar el consumo de tabaco para evitar la predisposición de enfermedades pulmonares.

Durante la prevención secundaria se realizará diversas pruebas como la espirometría, difusión pulmonar de monóxido de carbono y radiografías de tórax para llegar al diagnostico de la forma más precoz posible.

Por último, en la prevención terciaria su finalidad se basará en tratar, atender los síntomas y llevar a cabo un seguimiento de las persona ya diagnosticadas.

SINTOMAS DE LA PATOLOGIA

Por lo general, los síntomas no suelen aparecer hasta 20 años después de la exposición al asbesto. Las manifestaciones que pueden tener los pacientes son:

Dificultad respiratoria y una disminución de la capacidad de hacer ejercicio.**Tos**.

Dolor torácico. Dedos en palillo de tambor: aumento de tamaño de la punta de los dedos y una pérdida del ángulo que forma la uña a su salida.

Anomalías ungueales: problemas en el color, forma, textura o el grosor de las uña

DIAGNOSTICO

- Para el diagnostico de la enfermedad hay una serie de pruebas que se realizan:
- **Radiografía torácica**.
- **Pruebas funcionales pulmonares**:.La más simple es la espirometría.
- **Tomografía computarizada de alta resolución pulmonar:** utiliza los rayos X para crear imágenes de cortes del tórax y los pulmones.
- **Gammagrafía pulmonar con galio:** para identificar la inflamación en los pulmones.
- **Biopsia pleural o pulmonar**

TRATAMIENTO

- **No existe cura**, por lo que es muy importante evitar el contacto con el asbesto. La mayoría de los tratamientos para la asbestosis suelen aliviar los síntomas pero no son curativos:
- **Rehabilitación pulmonar**: ayuda a la persona afectada a llevar mejor los síntomas pulmonares.
- **Recibir oxígeno,** mediante máscaras o gafas nasales.
- Si los síntomas son severos, el **trasplante de pulmón** puede tener éxito.
- Si hay tumores, la cirugía sería un primera paso, luego quimioterapia.

CONCLUSION

- Debido a que el asbesto (amianto) causa cancer en todas sus formas y junto con el tabaco acelera la enfermedad debido a que fumar cigarrillos incrementa la retención de fibras de amianto, se debería aumentar la conciencia como sanitario ante cualquier situación en la que veamos riesgo para la salud, debemos, educar, informar, potenciar la necesidad crear consultas antitabaco.
- Las empresas deben poner al alcance de todos los trabajadores las medidas de protección adecuadas cuando el trabajador manipule este tipo de sustancias.

BIBLIOGRAFÍA

Asbesto (amianto) - Instituto Nacional del Cáncer.[publicado 20marzo 2015, citado 18 septiembre 2019] disponible en . https://www.cancer.gov › cancer › causas-prevencion › riesgo › sustancias.

Asbestosis: Qué es, Síntomas, Tratamientos e Información [actualizado febrero 2017,citado 19 sept 2019] disponible en https://cuidateplus.marca.com › Enfermedades › Respiratorias.

BIBLIOGRAFIA

- M Salinas, JA Del Solar. Enfermedades respiratorias ocupacionales. 2015. Revista Médica Clínica Las Condes. Elsevier. Volumen 26. Pag 357-366.

- LM Macías. Exposición al asbesto en trabajadores de la construcción y su relación con la salud pulmonar . 2019. Revista San Gregorio. Disponible revista.sangregorio.edu.ec

TEMA 282. RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL MEDIO SANITARIO.

ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ
FÉLIX ALONSO FERNANDEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DATOS OBTENIDOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

En los últimos años hemos asistido a crisis sanitarias como el conocido caso de ébola queponen de manifiesto la carencia de seguridad y protocolos de actuación en el medio sanitario. El Ministerio de Empleo y Seguridad Social detectó que el 7% de los trabajadores estaban expuestos en su lugar de trabajo a contaminantes biológicos, siendo los sanitarios los más expuestos.

DATOS OBTENIDOS

Más del 60% de las empresas no da a sus trabajadores dos taquillas en los vestuarios, una para la ropa limpia o la ropa de calle y la otra para la ropa sucia-contaminada impidiendo que la ropa de trabajo se mezcle con la ropa de calle, incumpliendo así la obligación establecida en el R.D. 486/1997

Un 17% de los trabajadores no reciben ninguna formación sobre los riesgos a los que están expuestos mientras que un 12,9% de los trabajadores no disponen de formación adecuada sobre la utilización de los equipos de protección. Además un 25,5% de los trabajadores no ha recibido formación respecto al riesgo biológico que al que pueden estar expuestos en su puesto de trabajo.

CONCLUSIONES

La baja tasa de realización de evaluaciones de riesgos biológicos (77%) en empresas españolas donde existe exposición, es un aspecto importante a considerar puesto que no se identifican ni clasifican adecuadamente los agentes biológicos.

También es interesante recordar que el libro blanco de la vigilancia de la salud en España, establece que la vigilancia de la salud debe ser una actividad dentro de la actividad preventiva complementaria, y por lo tanto, relacionada con el resto de acciones realizadas por los servicios de prevención, por lo que necesita nutrirse de la información creada por los especialistas técnicos en materia preventiva y que a su vez aporte acciones que deben desarrollarse en los informes de evaluación y de planificación de la actividad preventiva.

CONCLUSIONES

La responsabilidad del lavado de la ropa y de los equipos de protección recae en el empresario, la responsabilidad de la higiene de los trabajadores, como no debe ser de otra forma, recae sobre el propio trabajador.

BIBLIOGRAFÍA

Aguilar-Elena R., Campo-Barrio A., Morchón R., Martínez-Merino V.. Diferencias de protección frente al riesgo biológico laboral en relación al sistema preventivo elegido por la empresa. Rev Asoc Esp Espec Med Trab [Internet]. 2015 Mar [citado 2019 Sep 26] ; 24(1): 22-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-62552015000100004&lng=es

.

TEMA 283. BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO.

- YOLANDA PUENTEDURA MARTIN
- RUT MORILLAS IGLESIAS
- ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO
- SHEILA PRIETO LÓPEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MÉTODO
- RESULTADO
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Burnout o síndrome de estar quemado en el trabajo es un trastorno emocional causado por el estrés laboral, el estilo de vida del individuo que lo padece etc.
Este síndrome puede desencadenar trastorno a nivel físico y psicológico.

OBJETIVO

Conocer las repercusiones que este síndrome provoca a las personas que lo padecen

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el Burnout o síndrome de estar quemado.

Se buscaron publicaciones e información cuyo idioma fuese el castellano. Solo se estudiaron textos completos.

RESULTADOS

SENSACIÓN DE ABURRIMIENTO

IRRITABILIDAD

BAJO RENDIMIENTO

TAQUICARDIAS

INSOMNIO

CEFALEAS

AGRESIVIDAD

BAJA AUTOESTIMA

NERVIOSISMO PERSISTENTE

ABSENTISMO LABORAL

POCA PARTICIPACIÓN LABORAL

PÉRDIDA DE APETITO

AGOTAMIENTO

Los resultados que hemos obtenido sobre el síndrome de Burnout está demostrado que repercute mas en el sexo femenino.
En el mayor de los casos tiene un mayor agotamiento emocional que en el sexo masculino.
También depende de otros factores:

- Edad
- Nivel educativo
- Nivel social

Las mujeres presentan un mayor agotamiento y sobrecarga que la mayoría debido aparte de su puesto de empleo, suelen las encargadas del hogar y el cuidado de la familia.

Esto repercute en que son muchos mas vulnerables al síndrome de Burnout.

El método mas común y utilizado es valorar los problemas causantes que pueda tener la empresa y compañeros de trabajo de la persona que es víctima, así pues, hay que tomar las medidas oportunas para intentar erradicar el problema.

CONCLUSIÓN

A día de hoy hay muchos mas casos de este síndrome que en años anteriores y está considerado como enfermedad.
Sería importante dar a conocer dicho síndrome ya que cada año aumenta la cantidad de personas que lo padecen.

BIBLIOGRAFÍA

- Libros: “Trastornos mentales” por Pedro R. Gil-Monte
- Página WEB : médicosypacientes.com
- Bases de datos: Scielo.

TEMA 284. SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO EN LOS SERVICIOS SANITARIOS.

- SANDRA RUIZ ESPEJO

ÍNDICE

- 1. LA SEGURIDAD E HIGIENE EN LA SANIDAD.
- 2. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD E HIGIENE SANITARIA.

1. LA SEGURIDAD E HIGIENE EN LA SANIDAD.

Si nos centramos en la interrelación existente entre los conceptos de Trabajo y Salud del trabajador, podemos distinguir y exponer las siguientes definiciones relacionas con dicha interrelación:

- Enfermedad profesional: toda enfermedad contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se aprueba por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la ley (Decreto 1995/78 de 12 de mayo), y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indique para toda enfermedad profesional (Fuente: Ley General de la Seguridad Social).

- Enfermedad derivada del trabajo: deterioro lento y paulatino de la salud del trabajador, producido por una exposición crónica a situaciones adversas, sean éstas producidas por el ambiente en que se desarrolla el trabajo o por la forma en que esté organizado.
- Ergonomía: conjunto de técnicas cuyo objetivo es la adecuación del trabajo a la persona o trabajador.
- Psicosociología aplicada a la Prevención de Riesgos Laborales: ciencia que estudia los factores de naturaleza psicosocial y organizativa existentes en el trabajo, que pueden repercutir en la salud del trabajador.
- Medicina del Trabajo: ciencia que, partiendo del conocimiento del funcionamiento del cuerpo humano y del medio en que éste desarrolla su actividad (en este caso el laboral), tiene como objetivos la promoción de la salud (o prevención de la perdida de salud), la curación de las enfermedades y a rehabilitación.

En el caso de los dos conceptos principales, citaríamos el Trabajo como una actividad social organizada que, a través de la combinación de recursos de diferente naturaleza (trabajadores, materiales, recursos tecnológicos, etc.), permite alcanzar unos objetivos (ya sean económicos y/o sociales) y satisfacer unas necesidades (supervivencia, desarrollo profesional y personal, etc.); y, por otro lado, la Salud del trabajador como —el estado de bienestar físico, mental y social del trabajador y no meramente la ausencia de daño o enfermedad".

La conjunción de estos dos conceptos conlleva a que los cambios que se originan en las empresas (mayormente relacionados con la eficacia productiva de cada organización) influyan directamente en la mejora o deterioro de las condiciones laborales o del trabajo y, por tanto, en la propia seguridad y salud del trabajador.

De ahí que, todo diseño de Planificación Empresarial, que persiga dicho incremento de eficacia productiva a través de un reorganización y reordenación de la empresa originaria, debe contemplar unos principios generales de acción preventiva en pro de asegurar, del mismo modo, una estabilidad y/o mejora de las condiciones laborales de sus trabajadores (los cuáles veremos en la siguiente unidad).

2. ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD E HIGIENE SANITARIA.

La puesta en práctica de programas adecuados de seguridad e higiene en los establecimientos de asistencia sanitaria ha seguido con retraso a la creciente toma de conciencia de los riesgos. Entre las razones de este retraso cabe citar la preocupación primordial de hospitales y clínicas por atender a los enfermos, la prioridad dada al tratamiento más bien que a la prevención y las facilidades de —consulta informalll dadas al personal.

A pesar de ello, algunos centros han elaborado estrategias de seguridad e higiene.

Su puesta en práctica exige recursos económicos y de personal, un conocimiento preciso de los riesgos del lugar de trabajo, la formación en seguridad e higiene del personal ya empleado y del recién contratado, el establecimiento de un registro apropiado de enfermedades y lesiones del personal, la existencia de comités de seguridad eficaces y la observación de criterios de seguridad e higiene al proyectar edificios y equipos.

En el centro de estas propuestas está la creación de un servicio de medicina del trabajo atendido por personal de enfermería calificado y médicos, como mínimo asistidos por higienistas del trabajo diplomados (es preferible contar con los servicios directos de estos últimos).

Debería mantenerse un estrecho enlace con la unidad de seguridad del hospital, que a su vez debería asegurarse los servicios de un especialista calificado en seguridad. El servicio de medicina del trabajo debería controlar la salud de todo el personal, tanto durante el empleo como después de él, a intervalos regulares, llevar expedientes médicos confidenciales del personal y controlar su estado inmunitario, asesorar sobre las condiciones de seguridad e higiene en el medio ambiente de trabajo y en la planificación de nuevos edificios, e instruir y aconsejar al personal sobre prácticas laborales seguras e higiénicas.

En la actualidad muchos países están implantando servicios de medicina del trabajo en sus establecimientos de asistencia sanitaria, pero la calidad de su personal y del servicio que prestan es muy variable. Aunque el personal de las grandes instituciones sanitarias suele estar protegido en materia de seguridad e higiene del trabajo por la legislación, no ocurre lo mismo en los centros pequeños.

El personal sanitario debería gozar de los mismos derechos en materia de seguridad e higiene del trabajo que los trabajadores de las demás ramas de actividad económica. En algunos países la legislación en la materia y su aplicación dejan mucho que desear.
Uno de los problemas administrativos con que pueden enfrentarse las unidades de medicina del trabajo es el establecimiento de un servicio confidencial para los empleados. Muchos médicos del trabajo recién ingresados en el sector de la sanidad han encontrado sumamente difícil preservar esa confidencialidad esencial ante las presiones de sus colegas y de los administradores de hospitales para que divulgaran detalles clínicos.
Debe hacerse hincapié en que tales informaciones clínicas deben ser competencia exclusiva del servicio de medicina del trabajo.

El personal directivo y los jefes de unidades sólo deberían tener derecho a informaciones sobre la aptitud o no aptitud de los empleados para realizar las tareas enumeradas en la descripción de su puesto de trabajo. En caso de inaptitud, antes de pensar en un traslado, debería modificarse el puesto para adaptarlo al empleado.

A nivel internacional se han llevado a cabo diversas actividades normativas, de investigación y de otro tipo a fin de garantizar la seguridad e higiene de todos los trabajadores o la protección de determinadas categorías de ellos, incluido el personal sanitario. En 1959, la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó la Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo, que contiene disposiciones sobre la organización de los servicios de medicina del trabajo y sobre las funciones de vigilancia, inspección y mejora de las condiciones de higiene del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

PáginasWEB:
http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/doc142620_Guia_Basica_de_riesgos_laborales_en_el_sector_sanitario.pdfhttp://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/aux_enfermeria/T13-AE-SCS-200https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/normativa.htm7.pdfhttps://slideplayer.es/slide/1853456/

TEMA 285. SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO.

- ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ
- VERÓNICA NÚÑEZ ÁLVAREZ
- MÓNICA AMADO MENÉNDEZ
- MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ
- LETICIA AMADO MENÉNDEZ

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN.
2. LOCALIZACIÓN.
3. CAUSAS.
4. TIPOS.
5. SÍNTOMAS.
6. PREVENCIÓN.

1. DEFINICIÓN.

El burnout laboral, también denominado síndrome del quemado en el trabajo, es un trastorno emocional de aparición reciente, que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés ocasionado por el trabajo y el estilo de vida llevado a cabo por el empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico.

Esta enfermedad fue descrita en un primer momento por Freudenberger en los años setenta. Aunque existen múltiples definiciones, la más conocida es la de Maslach y Jakcson, elaborada al desarrollar el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI) en los años ochenta, que lo caracteriza como la presencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una reducida realización personal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout como enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada el pasado año y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022.

2. LOCALIZACIÓN

En la aparición del síndrome de burnout intervienen factores ambientales, culturales y personales. Entre los factores ambientales se ha observado que los trabajadores del sector servicios y los profesionales sanitarios y docentes, son los que presentan mayores casos de burnout. Además, entre los profesionales sanitarios se observan diferencias en la intensidad del síndrome de burnout entre las distintas profesiones, y dentro de una misma profesión hay variabilidad según contextos sociales, culturales, económicos y políticos.

Algunos autores han observado que la sociedad occidental, generadora de competitividad y materialismo, predispone a experimentar este síndrome, otros consideran que no sólo implica a sociedades del bienestar y que es un problema transnacional y transcultural.

Este síndrome se observa más frecuentemente en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos, y sobre todo en aquellas personas con unas expectativas idealistas que se topan con una realidad frustrante.

El síndrome de burnout está muy presente entre los profesionales del ámbito sanitario, y en especial, entre los médicos anestesistas. Además, lleva consigo la prestación de cuidados de menor calidad, un mayor número de errores médicos y mayores demoras en los procesos de decisión.

3. CAUSAS

El principal detonante del síndrome de burnout es el entorno de trabajo y las condiciones laborales.

El empleado que está expuesto de manera continua a, entre otros, altos niveles de estrés, carga de trabajo excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno, falta de formación para desempeñar las tareas, etc., puede llegar a padecer un estrés crónico que acabe provocando el síndrome de burnout. Por ese motivo, el vínculo entre el estrés y el burnout es muy fuerte.

Las causas suelen ser exigencias excesivas que originan tensiones.

Sin embargo, existen una serie de **factores de riesgo**:

1. La organización

Situaciones como el exceso de burocratización, falta de tiempo para organizar las tareas (que llevan a que el trabajador nunca salga a su hora y tenga que llevarse trabajo a casa), así como no contemplar las sustituciones por bajas temporales pueden elevar los niveles de estrés y, a la larga, propiciar el burnout.

2. Expectativas interpersonales

Todos los trabajadores tienen unas expectativas respecto a su actividad laboral que muchas veces no se ajustan a la realidad cotidiana y provocan que la adaptación a esa realidad se produzca de forma más lenta.

Si esas expectativas son muy altas y no se cumplen, el trabajador puede desarrollar síntomas como ansiedad, apatía o tristeza, entre otros.

3. Cualidades personales

Aunque no existe un perfil de la persona que puede padecer esta enfermedad, sí existen algunas cualidades y rasgos personales que en caso de poseerlos una persona indica que ese trabajador es más propenso a tener el síndrome.

Así, las personas conformistas, inseguras y dependientes tienen más posibilidades de sufrir depresión y ansiedad si tienen que enfrentarse a situaciones estresantes.

4. TIPOS

En la visión estándar del burnout se comete el error de considerar a todos los casos de manera homogénea, basado en considerar los mismos síntomas para todos ellos, siendo que la realidad es muy diferente en unos casos y otros.

- El primer tipo es el **burnout frenético,** cuya principal característica es que el profesional trabaja cada vez más duro hasta el agotamiento, buscando éxitos a la altura de su esfuerzo. También presenta una ambición desmedida, causad por la gran necesidad de obtener importantes logros, junto con la imposibilidad de reconocer sus propias limitaciones. Y por último, manifiesta una gran sobrecarga, la sensación de estar arriesgando la salud y la vida personal en la persecución de buenos resultados en el trabajo.

•El segundo tipo es el **burnout sin-desafíos,** aquí el profesional debe de hacer frente a condiciones monótonas y poco estimulantes, que no le proporcionan la satisfacción necesaria, presenta indiferencia, ya que realiza las tareas sin interés y de manera superficial, aburrimiento ya que sufre de falta de estimulación y monotonía en el desarrollo de las tareas, y por último falta de desarrollo personal.

• El último tipo es el **burnout desgastado,** cuando el trabajador actúa con negligencia frente al estrés y la ausencia de gratificaciones por la sensación de falta de reconocimiento respecto a los esfuerzos invertidos. Por ello finalmente opta por la desatención y el abandono como respuesta ante cualquier dificultad.

5. SÍNTOMAS

- **Agotamiento emocional**: El desgaste profesional provoca a la persona un agotamiento psíquico y fisiológico. Aparece una pérdida de energía, fatiga a nivel físico y psíquico. El agotamiento emocional se produce al tener que realizar unas funciones laborales diariamente y permanentemente con personas a las que hay que atender como objetos de trabajo.
- **Despersonalización**: Se manifiesta en actitudes negativas en relación con los usuarios/clientes/pacientes, se da un incremento de la irritabilidad, y pérdida de motivación. Por el endurecimiento de las relaciones puede llegar a la deshumanización en el trato.
- **Falta de realización personal**: Disminución de la autoestima personal, frustración de expectativas y manifestaciones de estrés a nivel fisiológico, cognitivo y comportamiento.

6. DIAGNÓSTICO

La escala Maslach Burnout Inventory (MBI) es la más utilizada para el diagnóstico en aquellos profesionales que llevan a cabo su trabajo en contacto directo con otras personas, y se considera que el grupo más vulnerable dentro del ámbito sanitario es el de los médicos y las enfermeras.

Maslach y Jackson definen el burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y dificultad para la realización personal (RP). A partir de estos constructos se elaboró el MBI.

7. PREVENCIÓN

El síndrome de burnout debe prevenirse principalmente desde la empresa. Es por ello, que el primer nivel de prevención tiene que venir de mano de la organización actuando sobre el ambiente laboral. Mediante la observación y análisis de recursos, la organización debe identificar y reducir el estrés y sobrecarga laboral que pueda afectar a los trabajadores.

Un segundo nivel de intervención preventiva sobre los trabajadores será detectar a las personas estresadas reduciendo las fuentes de estrés sobre ellos y estableciendo algún tipo de mecanismo para recibir un feedback del resultado del trabajo, y que el empleado conozca el valor o utilidad de su labor dentro de la organización.

Una vez se han logrado los objetivos anteriores, es importante actuar sobre los efectos del estrés en el trabajador, ofreciéndole la formación adecuada para ayudarle a prevenirlo (formación en emociones), conseguir equilibrio en sus áreas vitales (familia, trabajo…), etcétera. Así como fomentar el trabajo en equipo e informar de posibles planes de promoción.

BIBLIOGRAFÍA

- OMS: Organización mundial de la salud. 18 de junio de 2018. [citado el 29 Sep 2019]. disponible en: https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)

- Uribe Prado, Jesús Felipe; Patlán Pérez, Juana; García Saisó, Alejandra. Manifestaciones psicosomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: un análisis de ruta (path analysis). 2015. [citado el 29 Sep 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422015000200447&lang=es

- Montero-Marín, Jesús. Manifestaciones psicosomáticas, compromiso y burnout como consecuentes del clima y la cultura organizacional: un análisis de ruta (path analysis). 2015. [citado el 29 Sep 2019]. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732016000100004&lang=es

- Aguirre Roldán, Adriana María; Quijano Barriga, Ana María. Síndrome por quemarse en el trabajo y variables familiares y laborales de los médicos generales de Bogotá. Una estrategia de calidad laboral. Rev. colomb. psiquiatr. 44 (4): 198-205 B[citado el 29 Sep 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502015000400002&lang=es

TEMA 286. SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. ¿PORQUE DEBEMOS PARTICIPAR?.

- MARTA MATEOS MAZÓN
- ESTEFANIA MARTINEZ GONZÁLEZ
- LORENA MOLADA MONTAÑANA

ÍNDICE

1. CONCEPTO Y OBJETIVOS DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA
2. CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE VIGILANCIA
3. PRINCIPALES SISTEMAS DE VIGILANCIA

1. Concepto y objetivos de los sistemas de vigilancia

Un sistema de vigilancia es una herramienta para estimar el estado de salud y comportamiento de la población. Esta herramienta se encarga de la recolección, análisis e interpretación de datos, junto con la diseminación en tiempo apropiado a los responsables de la prevención y control de las enfermedades y de los factores de riesgo de la población. Tiene como objetivo principal proporcionar información que guíe las intervenciones en salud pública, además de:

1. Identificar problemas de salud: entendiéndose como tal las epidemias, los casos individuales especialmente relevantes, los cambios de tendencias y en los agentes causales; y permitir conocer la historia natural de las enfermedades.
2. Guiar las intervenciones de salud pública, facilitando la planificación, mediante información válida que permita jerarquizar la importancia y efectuar proyecciones futuras de los problemas de salud y evaluando los programas de salud pública.
3. Dado que, como veremos más adelante, la vigilancia tiene que ser rápida sirve para generar hipótesis de investigación.

2. Características de los sistemas de vigilancia

Los sistemas de vigilancia para poder cumplir los objetivos del mismo deben de tener las siguientes características:

1. **Sencillos:** para poder mantenerse en el tiempo y ver la evolución de los distintos patrones de salud de la comunidad.

2. **Flexibles:** deben poder adaptarse a las necesidades cambiantes de la comunidad y a los cambios en el patrón de las enfermedades.

3. **Aceptables:** dado que suele ser necesaria la participación de distintos agentes dentro de la comunidad.

4. **Sensibles:** siendo la sensibilidad la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en una prueba diagnóstica un resultado positivo. Intentando minimizar los falsos negativos.

5. **Elevado valor predictivo positivo:** siendo el valor predictivo positivo la probabilidad de tener la enfermedad si el resultado de la prueba diagnóstica es positivo. Intentando minimizar todo lo posible los falsos positivos que consumen recursos.

6. **Rápidos:** para poder dar respuesta a los problemas de salud de la comunidad y minimizar sus consecuencias.

3. PRINCIPALES SISTEMAS DE VIGILANCIA

Existen diferentes sistemas de vigilancia, el uso de uno u otro dependerá de: los objetivos, la cobertura que se quiera obtener, las posibilidades presupuestarias y de los intereses sociales y políticos del momento. Siendo muy habitual usar varios de ellos al mismo tiempo.

Estos sistemas son los siguientes:

1. **Vigilancia basadas en encuestas:** la finalidad de este tipo de sistemas es identificar elementos importantes de un problema ya sea epidémico (aparición de más casos de los esperados) o de gran importancia para la población.

El claro ejemplo de este sistema son las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO).

2. **Vigilancia basadas en laboratorios:** este tipo de vigilancia es muy útil para la confirmación de diagnósticos, para identificar cepas o para identificar resistencias. Basándose como su nombre indica en obtener información de los resultados de los laboratorios. El sistema más extendido en España es el sistema de información Microbiológica (SIM).
3. **Vigilancia basadas en registros institucionales:** Consiste en la obtención de datos de distintas fuentes como son las altas hospitalarias, los registros de consultas, los certificados de defunción… y agregalas individualmente. Este tipo de vigilancia consume muchos recursos siendo de vital importancia definir con precisión la periodicidad, los mecanismos de recolección, el manejo de la información, la evaluación y difusión de los datos y las variables a seleccionar.

4. **Vigilancia centinela:** se usa para problemas de salud que no necesitas vigilar todo el territorio o es imposible, siendo suficiente una información puntual. Es un sistema relativamente barato. Dentro de la vigilancia centinela diferenciamos tres tipos:
   - **Eventos centinelas:** cuando la aparición de un caso nos hace la búsqueda de nuevos casos. Se usa para enfermedades de alta frecuencia y baja letalidad. Son muy típicos los eventos centinelas en salud ocupacional, ej: intoxicación por mercurio.
   - **Lugares centinelas:** Es cuando zonas, familias e individuos vulnerables pueden ser el punto la alerta a tiempo sobre los cambios que podrían afectar después al grupo que es menos vulnerable. ej: problemas nutricionales.
   - **Médicos centinela:** en el cual participan una serie de médicos de familia de la comunidad, siendo la vigilancia centinela de la gripe la más extendida en toda europa.

BIBLIOGRAFÍA

- Piedrola Gil. Medicina Preventiva y salud pública. 2003 10 ed. Barcelona (España); Masson 1962.
- García González R. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Vigilancia Epidemiológica. Universidad de Costa Rica. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS) 2004.
- Spena A, Cárdenas L, Epidemiologia y Estadistica. Universidad Catolica "Andres Bello". Gerencia de Servicios Asistenciales de Salud. Caracas. 2010.
- Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- INCAP, citado el 14/09/2019. Disponible en: http://www.incap.int/sisvan/index.php/es/areas-tematicas/metodologias-de-apoyo/sitios-centinela

TEMA 287. TIROIDITIS DE HASHIMOTO

- CAROLINA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
- SANDRA SOTURA CARRERA
- PATRICIA OTERO MENENDEZ
- LLIBERTA LORANZO COLLAZO

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN A LA GLÁNDULA TIROIDES
¿QUÉ ES LA TIROIDITIS DE HASHIMOTO?
SINTOMAS
DIAGNÓSTICO
TRATAMIENTO

INTRODUCCIÓN A LA GLÁNDULA TIROIDES

La tiroides es una glándula endocrina de unos 5 cm de diámetro con forma de mariposa que normalmente se encuentra en la parte más baja del cuello, por delante de la tráquea y debajo de “la nuez de Adán "o cartílago tiroides.
La principal función de la tiroides es fabricar hormonas tiroideas: tiroxina o T4 y triyodo tironina o T3, que son segregadas a la sangre.
La función tiroidea normalmente se adapta a nuestras necesidades y para ello requiere del control de otra glándula endocrina, la hipófisis, que está en la parte inferior del cerebro, y que mediante la producción de tirotropina o TSH (hormona estimulante de la tiroides) regula la función tiroidea.
Las hormonas tiroideas regulan la velocidad a la que tienen lugar los procesos químicos del organismo

(índice metabólico) y son necesarias para todas las funciones corporales: para utilizar la energía, producir calor, regular la temperatura corporal y el metabolismo, también son necesarias para el desarrollo y maduración de todos los órganos, para mantener las funciones del cerebro, el corazón, los músculos, para el crecimiento, la fertilidad, etc.

¿ QUÉ ES LA TIROIDITIS DE HASHIMOTO?

El término tiroiditis se refiere a inflamación de la glándula tiroides.

La tiroiditis de Hashimoto, también conocida como tiroiditis linfocítica crónica, es la causa más común de hipotiroidismo.

Es un trastorno autoinmune, donde el cuerpo produce anticuerpos que atacan la glándula tiroides y llevan a una inflamación crónica de ésta.

A la larga, esto conlleva a una capacidad reducida de la glándula tiroides de producir hormonas tiroideas, lo cual lleva a un fallo gradual y una tiroides hipoactiva

La Tiroiditis de Hashimoto puede darse a cualquier edad y en ambos sexos, siendo más frecuente en mujeres de edad mediana.

Es una enfermedad que suele ser hereditaria y se observa más a menudo en presencia de ciertas anomalías cromosómicas, como el síndrome de Down, el síndrome de Turner y el síndrome de Klinefelter.

En ocasiones, la tiroiditis de Hashimoto viene acompañada de otros trastornos endocrinos, como la diabetes, hipoactividad de las glándulas suprarrenales o paratiroideas, u otros trastornos autoinmunitarios, como la anemia perniciosa, la artritis reumatoide, el síndrome de Sjögren o el lupus eritematoso sistémico .

SÍNTOMAS

Es posible que al principio de la enfermedad no se noten síntomas ya que generalmente avanza con lentitud causando un daño crónico en la tiroides lo cual conduce al desarrollo de un bocio (una tiroides agrandada) con fallo gradual de la tiroides. Eventualmente, la mayoría de los pacientes desarrollarán síntomas de hipotiroidismo que pueden incluir fatiga, aumento de peso, estreñimiento, aumento de la sensibilidad al frío, dolor y rigidez de las articulaciones piel seca, pérdida de cabello, depresión, dolores musculares, menstruación irregular y abundante, pérdida de memoria…

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la tiroiditis de Hashimoto se hace usualmente cuando los pacientes se presentan con síntomas de hipotiroidismo, generalmente acompañados de la presencia de un bocio.

El funcionamiento de la glándula se valorará midiendo la concentración de las hormonas tiroideas tiroxina (T_4) y triyodotironina (T_3) y de la hormona estimulante del tiroides (TSH) una hormona producida por la hipófisis para estimular la producción de hormonas tiroideas por parte de la glándula tiroidea.

Las pruebas de laboratorio darán un nivel elevado de

TSH en la sangre con niveles bajos de hormona tiroidea (Tiroxina libre).

Dado que la enfermedad de Hashimoto es un trastorno autoinmunitario será clave para el diagnóstico la determinación de anticuerpos contra la tiroperoxidasa (TPO), que es una enzima que juega un papel importante en la producción de hormonas tiroideas, y que usualmente están elevados.

TRATAMIENTO

Los pacientes con anticuerpos elevados pero pruebas de función tiroidea normales (TSH y Tiroxina libre) no requieren tratamiento.

Si la enfermedad de Hashimoto causa deficiencia de la hormona tiroidea será necesario la administración de la hormona sintética Levotiroxina tomada vía oral diariamente y de por vida.

Es importante tomar los comprimidos en ayunas, de 30 minutos a 1 hora antes del desayuno y lejos de otros medicamentos como los antiácidos o protectores gástricos y también alejados de suplementos nutricionales como el hierro, calcio, etc.

El tratamiento con tiroxina comienza habitualmente con dosis bajas, que se aumentan de manera gradual cada semana, hasta lograr que los valores de las hormonas T4 libre y TSH en la sangre vuelvan a la normalidad

Con las dosis adecuadas, el tratamiento del hipotiroidismo no tiene efectos secundarios. Desde los primeros meses de tratamiento se puede empezar a percibir una mejoría en la calidad de vida e irán desapareciendo gradualmente los síntomas más comunes.

BIBLIOGRAFÍA

Página WEB: SEEN. Sociedad española de endocrinología y nutrición. [actualizado 19 junio 2019]. Disponible: **https://www.seen.es/docs/apartados/1214/alteracionesFuncionTiroidea.pdf**

Página WEB: Manual MSD. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/trastornos-de-la-gl%C3%A1ndula-tiroidea/tiroiditis-de-hashimoto

Página WEB : American thyroid association. Disponible en: https://www.thyroid.org/tiroiditis-de-hashimoto/

TEMA 288. ÚLCERAS POR PRESIÓN.

- INES RODRIGUEZ FERNANDEZ
- AURISTELA ACEVEDO SUAREZ
- ARACELI HUERTA FERNANDEZ
- MARIA ISABEL GARCIA FERNANDEZ

ÍNDICE

- ¿QUE SON LAS ULCERAS POR PRESION?
- PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO
- CLASIFICACION DE LAS ULCERAS POR PRESION Y ESCALAS DE VALORACION
- PREVENCION
- BIBLIOGRAFIA

QUE SON LAS ULCERAS POR PRESION

Lesiones producidas en la piel y partes blandas, cuando se mantienen comprimidos durante un tiempo prolongado, entre una eminencia osea y una superficie dura.

Las ulceras pueden ser causa de dolor, infecciones y aumento de la inmovilidad. Suelen prolongar las estancias hospitalarias y en algunos casos conducen a la muerte.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

Factores intrínsecos: son los propios del paciente como edad avanzada, inmovilidad, afectación de la sensibilidad, deficiente estado nutricional, alteraciones circulatorias, disminución del nivel de conciencia

Factores extrínsecos: la humedad, fricción, cama, cizallamiento, etc..

CLASIFICACION DE LAS ULCERAS

Grado 1; eritema que no palidece, la piel esta integra
Grado2; ampolla, perdida del grosor de la piel
Grado 3; perdida total del grosor de la piel
Grado 4; perdida total del espesor de los tejidos (huesos, musculo, tendón, etc..)
Localizaciones mas frecuentes: región sacra, talones, tuberosidades isquiáticas, región trocánteres, región ocetpital,omoplatos,maleolos,codos,dedos de los pies.

ESCALAS DE VALORACION DE RIESGO

Una escala de valoración de riesgo de upp es una herramienta que se utiliza en enfermería para ayudar a los pacientes que las pueden desarrollar y con ello adoptar un plan de cuidados individual. La valoración se realiza inmediatamente al ingreso y de forma periódica durante su estancia. Las escalas mas utilizadas son; escala norton,braden y escala annell

PREVENCION

Reducir la presión en pacientes encamados ,realizando cambios posturales cada 2 o 3 horas, si el paciente esta sentado enseñarle a movilizarse cada 15 minutos, siempre que sea posible ayudarles en la ambulación.

-Para la protección de las prominencias óseas se utilizan productos que ayudan a reducir la presión como: almohadas, colchonetas de aire, flotadores, cojines.

-Una nutrición adecuada favorece el mantenimiento de la piel y la cicatrización de las lesiones que pueden existir, la dieta debe ser equilibrada rica en proteínas ,vitaminas y minerales.

-Una correcta hidratación que evita que la piel se seque

- Mantener la piel del paciente limpia,seca e hidratada en todo momento.

BIBLIOGRAFÍA

www.medlineplus.gov
www.ulceras.net
www.codem.es
www.auxiliar-enfermeria.com