IV Tomo de lecciones en Salud Social y Ambiental: Problemas Sociales y de Actualidad.

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

Marzo 2019

SOCIFOSA

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

Edición Marzo 2019

SOCIFOSA

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: 08/Marzo/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: 978-84-09-04454-2

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

- Tema 1. **EL NIÑO CELIACO EN LA ESCUELA.**
- ***CRISTINA URRA GIL***
- Tema 2. **ALGUNAS PRUEBAS Y TRATAMIENTOS HEMATOLOGÍCOS.**
- ***MARÍA PAULA CHAVEZ COLLAZOS***
- Tema 3. **TRASTORNOS PSICÓTICOS.**
- ***DEBORA BONILLA ARENA, ERIKA BONILLA ARENA***
- Tema 4. **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E) EN PACIENTE CON NEUMONIA ASPIRATIVA.**
- ***NAHIA ARRAIZA GULINA , ISABEL CELAYA CALVO , AMAIA CORUJO ELIZALDE, IDOIA LAPARTE CAMPO***
- Tema 5. **CAÍDAS. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN.**
- ***SARA MARÍN ARRIAZU, MARTA NAVARRO CILLERO***
- Tema 6. **FIBROMIALGIA.**
- **JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN**
- Tema 7. **MALTRATO ANTE UN DISCAPACITADO. CÓMO SE DETECTA Y SE ABORDA.**
- **PAULO JOSÉ VALDÉS VÁZQUEZ**
- Tema 8. **CUIDADOS BÁSICOS EN ANCIANO CON DETERIORO COGNITIVO.**
- ***MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA***
- Tema 9. **PROGRAMA DE FORMACIÓN A ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA.**
- ***JORDI URBIOLA CASTILLO, ANE FERNANDEZ BEARAN***
- Tema 10. **ARTERIOSCLEROSIS Y CARDIOPATIA ISQUEMICA.**
- ***ANA GÓMEZ UBIAÑO, CARMEN DÍAZ DÍAZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 11. **ANSIEDAD: ACTUACION DE ENFERMERIA**
- ***JUAN JOSE PECHE MERELO***
- Tema 12. **GUÍAS Y RECURSOS DE INSERCIÓN SOCIAL ANTE EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.**
- ***Mª ASCENSIÓN AVILÉS CONESA, Mª JESÚS AVILÉS CONESA***
- Tema 13. **ACTUALIDAD EN TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN DEPORTIVA.**
- ***ESTEBAN ROMERO BERNAL***
- Tema 14. **INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN RECIÉN NACIDOS.**
- ***Mª JESÚS AVILÉS CONESA, Mª ASCENSIÓN AVILÉS CONESA***
- Tema 15. **CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS MÁS NOVEDOSAS EN EL TRASTORNO BIPOLAR EN FASE DE MANÍA.**
- ***ANTONIO JAVIER GUILLAMÓN MARÍN, MARIA JOSÉ GUILLAMÓN MARÍN***
- Tema 16. **ENFERMADADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.**
- ***ALEJANDRA ROZADA GARCÍA***
- Tema 17. **AL RESPECTO DE LOS IXODOIDEOS.**
- ***MIRIAM CIGANDA CENOZ, LAURA ARMENDARIZ GONZALEZ, PATRICIA CARRERA MARTIN, MARIA RAMAJO HOLGADO***
- Tema 18. **LOS CINCO CORRECTOS DE ENFERMERÍA.**
- ***TAMARA GIL BLANCO, ANA MARIA PARRA CRUZ, BÁRBARA ROJAS SALINERO***
- Tema 19. **ORGANISMOS TRANSGÉNICOS.**
- ***IRENE ALONSO MEDINA, SONIA ZAHARA CASTILLO AVILÉS, ANTONIO MIGUEL SALINAS MARCOS***
- Tema 20. **LA IRISINA ,UNA NUEVA MIOQUINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.**
- ***MARIA DEL MAR GUTIEREZ PRADO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 21. **TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO A MUJERES.**
- ***MARIA CRISTINA RIERA ZAPICO***
- Tema 22. **IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA FORMACIÓN Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO ANCIANO.**
- ***BEATRIZ OTAEGUI BALEZTENA, LUCÍA ZUBIAUR BEGUIRISTAIN, ARANTZAZU IGOA ERRO, EVA ARANA ALONSO***
- Tema 23. **LA DISFEMIA EL TRASTORNO INCOMPRENDIDO**
- ***MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA, CONSUELO INMACULADA GARCIA GARCIA***
- Tema 24. **EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.**
- ***RAQUEL ARADRA ROMERA***
- Tema 25. **ADAPTACIÓN CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN PERSONAS INMIGRANTES ADULTAS.**
- ***MIRIAM ASENJO GARCÍA***
- Tema 26. **AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
- ***MARIA JOSE DÍAZ COUSO, JONATHAN ELENA VARELA, IRENE ALONSO SOLLA***
- Tema 27. **ALCOHOLISMO.**
- ***ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA, MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, MARTA ATIENZA CORREAS***
- Tema 28. **MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF): PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS.**
- ***CARLA MARIA FERNANDEZ CASTRO, OMAR RODRIGUEZ ALVAREZ***
- Tema 29. **EXPOSICIÓN AL RUIDO COMO PROBLEMA DE SALUD LABORAL..**
- ***BÁRBARA ROJAS SALINERO, TAMARA GIL BLANCO, ANA MARÍA PARRA CRUZ***
- Tema 30. **INTERVENCION EN EL AREA SOCIAL SANITARIO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LAS FRACTURAS DE CADERA.**
- ***ERIKA NAVARRO RUIZ, LUCIA ARNEDO LADRON , NEREA CORNAGO NAVASCUES, PATRICIA SANZ MARTINEZ***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 31. **LA DIETA HIPERPROTEICA Y SUS EFECTOS PARA LA SALUD.**
- ***NURIA HUERTA GONZÁLEZ***
- Tema 32. **LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA TERCERA EDAD.**
- ***MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, MARTA ATIENZA CORREAS, ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA***
- Tema 33. **CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- ***MIGUEL ÁNGEL MORENO BAÑOS***
- Tema 34. **ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE PACIENTES DE CENTROS SANITARIOS.**
- ***FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA***
- Tema 35. **LA OBESIDAD COMO PROBLEMA SOCIAL.**
- ***JOSÉ ANTONIO RODRIGUEZ CARRILLO, MARIA DE LAS NIEVES CABALLERO ANTIÑOLO***
- Tema 36. **SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL.**
- ***ANA MARÍA PARRA CRUZ, BÁRBARA ROJAS SALINERO, TAMARA GIL BLANCO***
- Tema 37. **SEDENTARISMO EN LA INFANCIA.**
- ***MARTA ATIENZA CORREAS , ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA, MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ***
- Tema 38. **RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA: VERTEBROPLASTIA Y CIFOPLASTIA.**
- ***JOANA NIETO CARBAJOSA***
- Tema 39. **ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE.**
- ***ANTONIO MONTAGUT SANCHEZ***
- Tema 40. **MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN DE LECHE MATERNA EXTRAÍDA.**
- ***LAURA ALONSO FERNÁNDEZ, ARASHELLY HUAMANTICA OROZ, CAROLINA MÉNDEZ MECA***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 41. **CARGA ANTICOLINÉRGICA DE LOS MEDICAMENTOS Y SU EFECTO SOBRE LA SALUD.**
- ***CARLOTA ROMERO MARTÍN, PEDRO PADILLA ROMERO, TERESA LÓPEZ ARTEAGA***
- Tema 42. **DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA.**
- ***FRANCISCO BERDIAL CORNELLANA***
- Tema 43. **RECONOCIMIENTO SOCIAL DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA EN EL SIGLO XXI.**
- ***MARÍA TERESA INZA URREA, MARINA MOYANO MUNERA, ARÁNZAZU SEVILLA LARA, SANDRA MOLINA SÁNCHEZ***
- Tema 44. **ASPECTOS LEGALES DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS FUERA DE FICHA TÉCNICA.**
- ***PEDRO PADILLA ROMERO, CARLOTA ROMERO MARTIN, TERESA LÓPEZ ARTEAGA***
- Tema 45. **SÍNDROME DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON ALZHEIMER.**
- ***SILVIA ARIAS FUENTES***
- Tema 46. **INFLUENCIA SOBRE LA SALUD DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y LA POBREZA EN ESPAÑA.**
- ***ISMAEL RIVAS CABALLERO***
- Tema 47. **SHOCK TÓXICO DEBIDO AL USO DE TAMPONES.**
- ***EVA PASTOR GALLEGO***
- Tema 48. **EFECTOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES.**
- ***SARA MARTÍN VILLANUEVA***
- Tema 49. **PSICOCIRUGÍA ¿EN QUÉ PUNTO NOS ENCONTRAMOS?**
- ***ALBA FERNANDEZ FALCES***
- Tema 50. **GRUPO DE PADRES EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS.**
- ***LUCIA DIAZ ECHALECU***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 51. **PROGRAMA DE FORMACIÓN A ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA.**
- ***JORDI URBIOLA CASTILLO, ANE FERNANDEZ BEARAN***
- Tema 52. **LOS DILEMAS DE LA BIOÉTICA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**
- ***JULIÁN PÉREZ GARCÍA, MARIO PARREÑO JAREÑO, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA, Mª DOLORES PARDO IBÁÑEZ***
- Tema 53. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERPOTASEMIA.**
- ***MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ***
- Tema 54. **PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.**
- ***CINTIA PUEYO BOROBIA, CARLA PUEYO BOROBIA***
- Tema 55. **BULLYNG.**
- ***TERESA LÓPEZ ARTEAGA, PEDRO PADILLA ROMERO, CARLOTA MARTÍN ROMERO***

TEMA 1. EL NIÑO CELIACO EN LA ESCUELA

CRISTINA URRA GIL

ÍNDICE

- RESUMEN
- DESARROLLO DEL TEMA
- NORMAS Y CONSEJOS PRACTICOS
- BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

La enfermedad celíaca, es una intolerancia permanente al guten, proteína que está presente en algunos de los cereales más comunes como trigo, cebada, centeno y avena. El organismo del celíaco rechaza cualquier cantidad de gluten, aunque sea pequeña. En el intestino, que es donde se absorben los nutrientes, se produce un ataque de la proteína del gluten dando como resultado la lesión de la mucosa del intestino, que pierde su estructura y deja de funcionar correctamente, provocando la pérdida de la capacidad de absorción, dando pie a diversos trastornos. [1]

El único tratamiento eficaz de la enfermedad celíaca, es una dieta sin gluten, estricta y para toda la vida.

DESARROLLO DEL TEMA

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD CELÍACA Y CÓMO SE DIAGNOSTICA?

La enfermedad celíaca, es una intolerancia permanente al gluten del trigo, cebada, centeno y avena que se presenta en individuos genéticamente predispuestos, caracterizada por una reacción inflamatoria, de base inmune, en la mucosa del intestino delgado que dificulta la absorción de macro y micronutrientes.

El diagnóstico de la enfermedad celiaca se hace mediante un examen clínico cuidadoso y una analítica de sangre, que incluya los marcadores serológicos de enfermedad celíaca (anticuerpos antigliadina, antiendomisio y antitransglutaminasa tisular), así se establece el diagnóstico de sospecha de la enfermedad.

El conocimiento reciente de diferentes formas clínicas de enfermedad celíaca (clásica, atípica, silente, latente, potencial, etc.), ha venido a demostrar que no siempre se puede establecer un diagnóstico clínico o funcional de la enfermedad celíaca. Por ello, para el diagnóstico de certeza de la enfermedad celíaca es imprescindible realizar una biopsia intestinal. Dicha biopsia consiste en la extracción de una muestra de tejido del intestino delgado superior para ver si está o no dañado. Para realizar esta prueba es necesario que no se haya retirado el gluten de la dieta. [2]

¿CUÁLES SON LOS SINTOMAS?

Los síntomas más frecuentes antes del diagnostico de enfermedad celíaca o provocados por la ingestión continuada de gluten en los alimentos son: [3]

Síntomas en la infancia:	Síntomas en la adolescencia:
* Diarrea crónica	* Frecuentemente asintomática
* Pérdida de apetito	* Pérdida de apetito
* Distención abdominal	* Fallo de crecimiento
* Pérdida de peso	* Retraso puberal
* Talla baja	* Irregularidades menstruales

Síntomas en la infancia:	Síntomas en la adolescencia:
* Anemia	* Heces pastosas
* Irritabilidad/Tristeza	* Estomatitis aftosa
* Introversión	* Cefalea
* Pelo frágil	

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

El único tratamiento eficaz de la enfermedad celíaca es una dieta sin gluten estricta y para toda la vida. Esto conlleva la desaparición de los síntomas, así como la reparación de la lesión intestinal, garantizando a las personas afectadas un perfecto estado de salud.

La dieta del niño celíaco debe ser, en todo momento, una dieta equilibrada y sana, basada en los alimentos que aparecen en la bien conocida “pirámide nutricional”. El principal problema reside en el grupo de alimentos que está en la base de la pirámide, los derivados de los cereales.[3]

La dieta sin gluten será elaborada a partir de alimentos exentos de gluten por naturaleza y, ante todo, variada.

En la escuela el niño celíaco convive con profesores, cuidadores, compañeros, cocineros y monitores de comedor escolar. Es necesario que todos tengan conocimiento de la enfermedad celíaca y del comportamiento que deben tener para conseguir que la dieta sin gluten sea lo más estricta posible dentro de la normalidad que necesita el niño.

Es importante que el niño sea consciente de su condición celíaca. Es imprescindible que se le informe de forma clara, concisa y adaptada a su edad. Tiene que aprender a distinguir entre lo que puede o no ingerir y a decir no a los alimentos con gluten. [4]

¿QUÉ ES LA CONTAMINACIÓN CRUZADA?

La contaminación cruzada es el proceso por el cual los alimentos entran en contacto con sustancias ajenas. En el caso de la enfermedad celiaca, la contaminación cruzada se produce cuando un alimento sin gluten entra en contacto con uno que sí lo tiene.

Para elaborar correctamente un menú sin gluten es imprescindible la formación de todo el personal de cocina y comedor. Conocer la enfermedad celiaca, la dieta sin gluten y las consecuencias que pueden ocasionar contaminaciones de los alimentos y transgresiones de la dieta, les ayudará a efectuar su trabajo con más cuidado y a empatizar con la condición celíaca del niño.

¿QUÉ HACER SI UN NIÑO CELIACO CONSUME ALIMENTOS CON GLUTEN?

En primer lugar, no alarmarnos, para que el niño tampoco lo haga y se sienta peor.

No reñir al niño, ni castigarlo, porque se produce una pérdida de confianza en el monitor y la próxima vez que suceda lo tratará de ocultar.

Averiguar los motivos de la ingesta de gluten, podrían estar justificados por él (desconocimiento, falta de productos sin gluten, hambre, etc.)

Hacer todo lo que esté en nuestro alcance para que no vuelva a suceder.

Comunicarlo a los padres a la salida del colegio para que pueden hablar con calma con el niño y proporcionarle así las explicaciones pertinentes. [5]

NUNCA HAY QUE DISCRIMINAR A UN NIÑO CELÍACO

Este capítulo del libro, va dirigido a todos los trabajadores de los centros: personal de cocina, maestros, monitores, auxiliares... Todos deben conocer la enfermedad, las necesidades del celíaco, cómo manipular los alimentos, cómo evitar la contaminación cruzada y cómo actuar ante ella.

Los padres y profesores deben animar a los niños celíacos a tomar parte en las actividades habituales que se desarrollan en el aula y en el colegio, haciéndoles ver que lo importante es participar y disfrutar con los demás, así conseguir la integración del niño celíaco en el aula. Para ello, es necesario que profesores, cuidadores y compañeros del niño celíaco conozcan la dieta singular, lo que puede y no puede comer para tenerlo en cuenta a la hora del almuerzo o de preparar una fiesta.

Se debe informar a los profesores sobre marcas de productos seguras, lista de alimentos permitidos y precauciones a tener en cuenta. Es recomendable proporcionarles galletas y caramelos para tener en el aula.

Hay que informar a los compañeros del niño celíaco para crear un clima de solidaridad, y sobre todo, es muy importante no tratar al niño como un niño enfermo, sino como un niño que “no puede“ tomar ciertos alimentos.

NORMAS Y CONSEJOS PRACTICOS

- El celiaco no puede tomar trigo, cebada, centeno y avena, ni cualquier derivado de estos cereales: harina, almidones, sémolas, etc.
- Los cereales que el celíaco puede tomar porque no contienen gluten son el arroz y el maíz.
- No emplear harinas de maíz y/o arroz que no hayan sido elaboradas especialmente para celiacos. Podrían estar contaminadas con trigo.
- Pueden utilizarse maicena para espesar las salsas o los guisos.
- No freír los alimentos para los celiacos en aceite donde previamente se hayan frito alimentos con gluten.
- La mayor parte de los embutidos contiene gluten. Pueden consumirse sin ningún riesgo el jamón serrano, la cecina y el jamón cocido de calidad extra.

- No utilizar salsas comercializadas ni cubitos para caldos o sopas ni cremas en sobre o lata.
- Las hamburguesas nunca compradas hechas, debe comprarse la carne, picarla y aliñarla.
- No utilizar postres preparados tipo flanes, natillas, mousse, arroz con leche, etc.
- No emplear productos artesanos o a granel.
- Los caramelos, chupa chups y piruletas deben ser duros, sin relleno, nunca blandos tipo gominolas ni a granel.
- Las marcas del tomate frito, colorantes, macarrones sin gluten o de cualquier producto manufacturado deben consultarse a los padres o tutores del niño celiaco.
- La elaboración de los menús sin gluten debe realizarse con la colaboración de los padres, pues, por un lado como buenos conocedores de la dieta sin gluten, ayudaran a solucionar las dudas o problemas que se presenten y, por otro lado, como padres asumirán riesgos y responsabilidades junto al colegio. [5]

BIBLIOGRAFIA

- [1] El niño celiaco en el colegio. [Acceso 2 Enero 2019]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/05_celiaquia.pdf
- [2] diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca en la clínica. [Acceso 2 Enero 2019]. Disponible en: https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/enfermedad-celiaca
- [3] Guia practica. El niño celiaco en la escuela. [Acceso 2 Enero2019]. Disponible en: http://www.celiacosaragon.org/wp/wp-content/uploads/2017/02/Gu%C3%ADa-pr%C3%A1ctic-ael-ni%C3%B1o-celiaco-en-la-escuela.pdf
- [4] Que es la enfermedad celiaca o celiaquía. [Acceso 2 Enero 2019]. Disponible en: http://ciudadrealsingluten.blogspot.com/2011/06/que-es-la-enfermedad-celiaca-o.html
- [5] El niño celiaco en el colegio. [Acceso 2 Enero 2019]. Disponible en: http://www.agustinosalicante.es/docs/comedor/nino_celiaco_primero.pdf

TEMA 2. ALGUNAS PRUEBAS Y TRATAMIENTOS HEMATOLOGÍCOS

MARÍA PAULA CHAVEZ COLLAZOS

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- METODOS
- RESULTADOS
- DISCUSIÓN

INTRODUCCIÓN

El 27% de las admisiones pueden ser evitadas.

-Se desperdicia dinero en pruebas innecesarias.

-Se desperdicia tiempo.

- La satisfacción del paciente se ve reducida

-Choosing Wisely es una campaña médica realizada por ABIM y ASH y otras asociaciones.
Tiene como objetivo alentar el diálogo entre pacientes y clínicos acerca del coste y beneficios de los cuidados médicos.

METODOS

- Se realizó una lista preliminar de 20 ítems (tratamientos y pruebas) Un comité puntuó los ítems y al final se redujo la lista a 10. Posteriormente se realizaron revisiones sistemáticas de evidencia.De estos 10 ítems se realizo una búsqueda jerarquizada de datos a partir del 2008. En ingles y publicados en Medline, National Guideline Clearinghouse y Canadian Medical Association Infobase.etc.

- Al final se seleccionaron 5 ítems más 1 alternativa. Estos fueron revisados por 2 o mas expertos.

RESULTADOS

- Al final se seleccionaron 5 ítems más 1 alternativa. Estos fueron revisados por 2 o mas expertos.
- 4 de las 5 recomendaciones finales tenían como soporte publicaciones recientes. El ítem Numero 5 incluía una revisión de mas antigua.
-

DISCUSIÓN

- 1. Trasfusiones de concentrados de hematíes.
- Hay que realizar trasfusiones en la mínima cantidad requerida para el paciente.Trasfusiones masivas no mejora el pronostico del paciente.No administrar 2 CH si 1 CH es suficiente.

- 2.Test de trombofilia en Pctes adultos con TVP y que tengan un factor de riesgo para TVP como (trauma, inmovilización).
- -Este test no influye en la duración e intensidad de tratamiento.
- -Si la duración de la anticoagulación es inapropiadamente prolongada o si el pcte se le etiqueta erroneamente con un desorden trombofilico puede causar mas daños que beneficios

DISCUSIÓN

- . 3.Cuando VTE se produce en el contexto del embarazo o terapia hormonal, o cuando existe una historia familiar fuerte.
- El papel de las pruebas de trombofilia es compleja

- 4.Cuidado con el uso rutinario de filtros de Vena cava inferior.
- No hay evidencia que soporte el uso de estos en profilaxis de embolias pulmonares Ya que incrementan el riesgo de muerte.
- Se recomiendan que los filtros sean retirables y que sean eliminados tan pronto como el riesgo de embolia

- 5.Uso de Plasma o Complejo de Protrombina para revertir la anticoagulación. En ausencia de sangrado no usar. Suspenda el anticoagulante o use pequeñas dosis de Vitk.
- -INR mayor de 10 sin sangrado, no hay evidencia de ensayos controlados aleatorizados que beneficien la practica de usar Plasma o Complejo de P

BIBLIOGRAFÍA

The ASH choosing wisely campaign. 5 hematologic test and treatment to questions.

Prentice HG., Hann IM., Herbrecht R et al. A randomized comparison of liposomal versus conventional amphotericin B for the treatment of pyrexia of unknown origin in neutropenic patients. Br J Hematol 1997; 98: 711- 718.

TEMA 3. TRASTORNOS PSICÓTICOS.

DEBORA BONILLA ARENA
ERIKA BONILLA ARENA

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN
2.OBJETIVOS
3.METODOLOGÍA
4.DESARROLLO
5.DISCUSIÓN
6.CONCLUSIÓN
7.BIBLIOGRAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicóticos son trastornos mentales graves que causan ideas y percepciones anormales. Las personas con psicosis pierden el contacto con la realidad. Dos de los síntomas principales son delirios y alucinaciones.

Los delirios son falsas creencias, tales como la idea de que alguien está en su contra o que la televisión les envía mensajes secretos. El delirio más frecuente es el de persecución o perjuicio, que puede verse en la práctica totalidad de enfermedades psiquiátricas graves.

Las alucinaciones son alteraciones de la percepción. En ellas el paciente tiene una percepción en ausencia de estímulo externo que la produzca. Son percepciones falsas, como escuchar, ver o sentir algo que no existe.

La aparición de delirios y alucinaciones indica la presencia de una trastorno mental grave pero ambos son síntomas con los que muchos pacientes se sienten incómodos y son reacios a comunicarlos.

Es frecuente que un enfermo oculte sus ideas delirantes o sus alucinaciones por lo que necesitaremos conducir la entrevista con cuidado para no provocar su negativa a hablar; puede ser necesaria recoger información de terceras personas que nos describan su comportamiento por si hay signos de que esté influido por síntomas psicóticos.

2.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Adquirir conocimientos sobre los trastornos psicóticos, desde su origen a su tratamiento y atendiendo a su clasificación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar las principales causas de los trastornos psicóticos.
- Reconocer los principales métodos para realizar un diagnóstico de un trastorno psicótico.
- Describir el tratamiento, los cuidados y la atención de enfermería que se ha de realizar con un paciente psicótico.
- Diferenciar los principales síntomas y tipos de los trastornos psicóticos.
- Conocer factores de riesgo y complicaciones de los diferentes trastornos psicóticos.

3.METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo nos hemos basado en una estrategia de búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos: Scielo, Dialnet, medline, Cochrane Plus y Google Académico. Además se ha consultado la página web oficial FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería).
Hemos utilizado como descriptores en términos DeCS: “Trastorno Paranoide Compartido”, “Esquizofrenia”, “Trastornos Psicóticos Afectivos”, “Trastornos de Adaptación”, “Ansiedad”, “Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño”.

4.DESARROLLO

4.1.CAUSAS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO

Se considera que tienen una fuerte base genética y que los familiares de personas con un trastorno psicótico tienen más riesgo de desarrollar la enfermedad, pero en la mayoría de los casos la genética por sí sola no es suficiente para causar el trastorno. Entonces se habla de que una predisposición genética puede ser precipitada por eventos vitales traumáticos o estresantes, como la muerte de un ser querido, la ruptura de una relación o el comienzo de un nuevo periodo de estudios.

El factor precipitante no tiene necesariamente que ser un evento vital de gran calado, también puede actuar como tal la exposición a determinadas sustancias. Por ejemplo la marihuana.

4.2.MANEJO DEL PACIENTE PSICÓTICO

- Para este paciente los delirios y alucinaciones son tan reales como el resto de la realidad. Debemos limitarnos a confirmar su presencia y tratar de ganar la confianza del paciente derivando su atención hacia síntomas más fáciles de aceptar (ansiedad, insomnio).
- Se recomienda mantener una actitud empática y no crítica, realizar la entrevista sin impaciencia ni desconfianza, con preguntas y explicaciones breves y sencillas. El paciente psicótico tiene dificultades para organizar sus pensamientos de forma lógica y ajustada a la realidad y utiliza un lenguaje confuso y desconcertante para el entrevistador.
- De forma característica, éste experimenta sentimientos ambivalentes de interés y perplejidad, de temor y enojo o culpabilidad, que es preciso tratar de identificar y controlar de forma adecuada.

- A partir de las entrevistas con el paciente y sus acompañantes es necesario obtener los datos básicos sobre su historia clínica: antecedentes personales y personales de trastornos psiquiátricos, episodios anteriores de ingresos y tratamientos previos, inicio y curso del episodio actual, trastornos del comportamiento más relevantes, etc.

- Es conveniente explorar y documentar siempre el riesgo suicida y de heteroagresividad. En todos los casos se consideran criterios de ingreso:

  1.Primer episodio psicótico, excepto en los casos en los que es posible asegurar un correcto estudio y tratamiento ambulatorio.

  2.Riesgo suicida y heteroagresividad.

  3.Negativa a tomar la medicación.

  4. Ausencia de contención familiar.

5. Efectos adversos graves de la medicación.

   Se debe ofrecer al paciente un tratamiento antipsicótico; será más fácil que lo acepte si se le informa de su capacidad para calmar la ansiedad y para hacerle sentirse mejor.

- Autores como Flower, Garety y Kupiers (1995) señalan algunas de las consecuencias que la experiencia psicótica puede tener para el paciente, tales como:

A) La persona puede llegar a creer que es extremadamente vulnerable a ser herido. Esta creencia estaría asociada a vivencias delirantes respecto a que otros puedan dañarle.

B) Creencia de que es altamente vulnerable a perder el control. Esto nacería de experiencias de ser controlado por fuerzas externas o sentimientos de que no controlan sus propias acciones.

C) Creencia a estar condenado al aislamiento social. Esta vivencia puede nacer de experiencias reales de rechazo social o descalificación de otros cuando se conoce su condición de persona en tratamiento psiquiátrico.

D) La persona afectada puede llegar a construir una autoimagen totalmente negativa.

4.3.CUIDADOS Y ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

RECOGIDA DE DATOS

- Del paciente (verbalmente y no verbal).
- De la familia.
- Datos analíticos, exploración, informes médicos previos, etc.
- De otros profesionales del sistema sanitario, que pudieron tratar anteriormente al paciente (trabajadores sociales, enfermeros comunitarios, terapeutas ocupacionales, etc.)

Los problemas de Enfermería más representativos dentro de los trastornos psicóticos agudos y transitorios son:

- Déficit de actividades recreativas.
- Trastornos del sueño.
- Deterioro en la adaptación.
- Ansiedad.
- Ineficacia del individuo para enfrentarse a los problemas.
- Trastornos del autoconcepto: autoestima e identidad personal.
- Deterioro en la integración social.
- Aislamiento social.

- Afrontamiento ineficaz de la familia.
- Alteraciones de la alimentación .
- Déficit en el autocuidado.
- Alteración sensorial y perceptiva.
- Alteración en los procesos cognitivos.
- Alteración en el mantenimiento de la salud.
- Alteración en el mantenimiento y dirección del hogar.

Para planificar, ejecutar y evaluar las intervenciones de enfermería es importante establecer una relación de confianza. La confianza es la pieza fundamental para mantener una relación terapéutica consistente, de manera que se puedan planificar en común (paciente-personal terapéutico) las futuras intervenciones.

ACCIONES DE ENFERMERÍA

- Presentarse al paciente.
- Explicarle el papel de cada uno de los miembros del equipo terapéutico.
- Mostrar el espacio físico y los distintos lugares donde se realizaran las diferentes intervenciones.
- Obtener la percepción que el paciente tiene de su problemática y los objetivos que pretende de su hospitalización o del tratamiento ambulatorio, facilitando una libre expresión de sentimientos.
- Determinar las necesidades y conductas problemáticas del paciente.

- Exponer objetivamente y de forma sincera todo lo relativo al motivo de consulta o de ingreso, y todo lo referente a los problemas de complicación legal.
- Aceptar al paciente como persona, aunque no se apruebe su conducta patológica.
- Fijar limites en aquellas conductas inaceptables.
- Reforzar positivamente las conductas sanas.
- Evitar convertirse en el "único confidente" y no permitir que el paciente "regatee" para obtener favores especiales.

4.4.PRINCIPALES SÍNTOMAS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Pensamiento desorganizado.
- Comportamiento desorganizado.
- Síntomas negativos.

4.5.EJEMPLOS DE TRASTORNOS PSICÓTICOS

- Psicosis postparto o puerperal

  Aparece en mujeres que acaban de tener un bebé, generalmente en las dos semanas que siguen al parto.

Síntomas y signos

- Delirios y otras creencias extrañas.
- Alucinaciones, especialmente de tipo auditivo.
- Paranoia y suspicacia.
- Irritabilidad e inestabilidad emocional.
- Estado de ánimo bajo, incluso depresivo.
- Manía: sensación de euforia, aumento de energía y agitación psicológica.
- Pensamiento acelerado y confusión grave.
- Dificultades para la comunicación.
- Hiperactividad motora y desinhibición conductual.
- Disminución de la necesidad o de la capacidad para dormir.

Causas y factores de riesgo

Se cree que existe un componente genético en este trastorno, puesto que el hecho de que una pariente cercana haya sido diagnosticada de psicosis puerperal aumenta el riesgo de desarrollarlo en aproximadamente un 3%. La historia familiar de depresión en el embarazo o el posparto, trastornos psicótico-afectivos y disfunciones tiroideas también son factores de riesgo.

No obstante, la mitad de mujeres que sufren psicosis puerperal no presentan ningún factor de riesgo; una hipótesis que podría explicar esto sería la que asocia este trastorno a los cambios hormonales y del ciclo de sueño que se producen después del parto. Las madres primerizas parecen tener una probabilidad mayor de desarrollar este tipo de psicosis.

Tratamiento:

Cuando se detecta un caso de psicosis posparto lo más habitual es que la estancia en el hospital se alargue, o bien que la madre sea hospitalizada de nuevo. En general el manejo de esta alteración se lleva a cabo mediante farmacoterapia, aunque existen programas de intervención psicológica de emergencia para la psicosis que pueden ser muy útiles como complemento.

Entre los medicamentos utilizados para tratar esta alteración destacan dos categorías:

- Los antipsicóticos.
- Los estabilizadores del estado de ánimo.

Los casos resistentes al tratamiento farmacológico que además son graves, como los que conllevan un riesgo manifiesto de suicidio, son tratados en ocasiones con terapia electroconvulsiva.

La mayoría de personas que sufren esta alteración se recuperan de forma completa al cabo de entre seis meses y un año, mientras que la gravedad de los síntomas suele disminuir de forma clara antes de los tres meses tras el parto. El riesgo de suicidio sigue siendo elevado durante el periodo de recuperación.

- Trastorno bipolar

  Es una enfermedad grave del cerebro. También se conoce como enfermedad maníaco-depresiva o depresión maníaca.

  Las personas con trastorno bipolar tienen cambios inusuales en el estado de ánimo. A veces se sienten muy felices y “animados” y son mucho más enérgicos y activos de lo habitual. Esto se llama un episodio maníaco.

  Otras veces, se sienten muy tristes y “deprimidos”, tienen poca energía y son mucho menos activos de lo normal. Esto se conoce como depresión o un episodio depresivo.

Los cambios en el estado de ánimo son más extremos y vienen acompañados de cambios en el sueño, el nivel de energía y la capacidad de pensar con claridad.

Los síntomas bipolares son tan fuertes que pueden perjudicar las relaciones y dificultar asistir a la escuela o universidad o mantener un trabajo. Esta enfermedad también puede ser peligrosa. Algunas personas con trastorno bipolar intentan hacerse daño o suicidarse.

Causas

- Los genes familiares.
- La estructura del cerebro.
- La función cerebral de la persona.

Síntomas

Las personas que están teniendo un episodio maníaco pueden:

- Sentirse muy “animadas” o felices.
- Sentirse “nerviosas” o “aceleradas”.
- Tener problemas para dormir.
- Ser más activas que de costumbre.
- Hablar muy rápido sobre muchas cosas diferentes.
- Estar agitadas, irritables o muy sensibles.
- Sentir que sus pensamientos van muy rápido.
- Pensar que pueden hacer muchas cosas a la vez.
- Hacer cosas arriesgadas, como gastar mucho dinero o tener sexo de manera imprudente.

Las personas que están teniendo un episodio depresivo pueden:

- Sentirse muy “decaídas” o tristes.
- Dormir demasiado o muy poco.
- Sentirse cómo que no pueden disfrutar de nada.
- Sentirse preocupadas o vacías.
- Tener problemas para concentrarse.
- Olvidarse mucho las cosas.
- Comer demasiado o muy poco.
- Sentirse cansadas o sin energía.
- Tener dificultad para dormirse.
- Pensar en la muerte o el suicidio.

Tratamiento

- Medicamentos: El tipo correcto del medicamento depende de cada persona. A veces es necesario probar más de un tipo de medicamento para ver cuál da el mejor resultado.
- Terapia: Hay diferentes tipos de psicoterapia o terapia de "diálogo" que pueden ayudar a las personas con trastorno bipolar. La terapia puede ayudarles a cambiar su comportamiento y manejar su vida. También puede ayudar a los pacientes a llevarse mejor con la familia y los amigos.
- Terapia electroconvulsiva: Se conoce como terapia de "choque". Proporciona una corriente eléctrica rápida que a veces puede corregir algunos problemas en el cerebro.

- Trastorno depresivo mayor

  La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales.

<u>Síntomas</u>

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza.
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración.
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas.

- Alteraciones del sueño.
- Cansancio y falta de energía.
- Falta de apetito y adelgazamiento.
- Ansiedad, agitación o inquietud.
- Lentitud para razonar, hablar y hacer movimientos corporales.
- Sentimientos de inutilidad o culpa, fijación en fracasos del pasado o autorreproches.
- Dificultad para pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar cosas.
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio.

Causas

Se desconoce la causa exacta de la depresión. Puede comprender diversos factores, como:

- Diferencias biológicas: Las personas con depresión tienen cambios físicos en el cerebro.
- Química del cerebro: Los neurotransmisores son sustancias químicas que se encuentran naturalmente en el cerebro y que probablemente desempeñan un rol en la depresión. Los cambios en la función y el efecto de estos neurotransmisores, y cómo interactúan con los neurocircuitos involucrados en mantener la estabilidad del estado de ánimo, pueden tener un rol importante en la depresión y su tratamiento.
- Hormonas.
- Rasgos hereditarios: La depresión es más frecuente en las personas cuyos parientes consanguíneos también tienen este trastorno.

Diagnóstico:

El médico puede determinar un diagnóstico de depresión a partir de lo siguiente:

- Exploración física
- Análisis de laboratorio
- Evaluación psiquiátrica
- DSM-5. El profesional de salud mental puede utilizar los criterios que se describen en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5), publicado por la American Psychiatric Association (Asociación Estadounidense de Psiquiatría).

Tratamiento:

- Medicamentos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina, antidepresivos atípicos, antidepresivos tricíclicos. inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).

- Psicoterapia: tratamiento de la depresión mediante la conversación con un profesional de salud mental acerca de la enfermedad y de los problemas relacionados. También se conoce como «terapia de conversación» o «terapia psicológica».

- Trastorno esquizotípico de la personalidad: Se considera una forma leve de estos trastornos.

Síntomas:

- Ser solitario y no tener amigos íntimos fuera de la familia inmediata.
- Interpretar acontecimientos erróneamente.
- Tener pensamientos, creencias o gestos inusuales, peculiares o excéntricos.
- Vestirse de maneras peculiares.
- Creer en poderes especiales.
- Tener percepciones inusuales.
- Sufrir de ansiedad social persistente y excesiva.
- Hablar de manera peculiar.
- Tener pensamientos sospechosos o paranoides.
- Ser apático.

Las personas con trastorno esquizotípico de la personalidad habitualmente pueden darse cuenta de la diferencia entre sus ideas distorsionadas y la realidad.

Causas:

- La forma en que funciona el cerebro.
- La genética.

Factores de riesgo:

- Es mayor si se tiene parientes con esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Complicaciones:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Problemas en el trabajo, la escuela, y las relaciones afectivas y sociales.
- Otros trastornos de personalidad.

- Problemas con el alcohol y las drogas.
- Intentos de suicidio.
- Episodios psicóticos pasajeros, muchas veces por estrés.
- Esquizofrenia.

- Trastorno psicótico breve

  La persona experimenta una serie de síntomas como alucinaciones, delirios o pensamiento y habla desorganizada.

  Aparece de forma repentina e imprevista en personas presuntamente sanas. La duración de estos episodios es muy breve, pudiendo perdurar entre un día y un mes a lo sumo. Asimismo, una vez concluido, la persona puede reponerse por completo y sin la necesidad de que este incidente se vuelva a repetir.

No tiene por qué estar asociado a cualquier otro trastorno psicótico, así como tampoco al efecto de las drogas ni al de cualquier afección orgánica como pudiera ser un tumor cerebral.

Tipos:

- A raíz de un estresor identificable: se genera mediante la aparición de un suceso traumático, estresante o de gran impacto emocional, como por ejemplo sobrevivir a una catástrofe.
- Factor estresor no identificable: no es posible concretar el motivo que ha ocasionado el trastorno.

Síntomas:

- Delirios.
- Alucinaciones.
- Desorientación.
- Comportamiento catatónico.
- Alteraciones de la atención y la memoria.
- Cambios importantes en los hábitos diarios.
- Descuidar la higiene y el cuidado personal.
- Imposibilidad de tomar decisiones.

Es necesario que estos síntomas solamente permanezcan entre un día y un mes.

Causas:

Es fruto de la unión de diversos factores tanto hereditarios, como biológicos, ambientales y psicológicos.

- En cuanto a los componentes hereditarios, se ha observado que este suele repetirse dentro de la misma familia. No obstante, es necesario que el factor hereditario se acompañe de factores o contextos estresantes que faciliten la aparición de este.
- Por otra parte y según algunas corrientes psicodinámicas, la aparición del trastorno psicótico breve tendría su origen en una incapacidad de la persona para gestionar sus mecanismos de supervivencia. Esto significa que el paciente no posee la capacidad de soportar o sobreponerse a un evento altamente estresante por lo que el trastorno surge como mecanismo de escape.

Factores de riesgo:

Poseer antecedentes familiares de psicosis.

Complicaciones:

- Es necesario aumentar y mantener las precauciones durante el tiempo que dure el episodio dado que la persona puede llegar a autolesionarse, dañar a otros o, incluso, suicidarse.
- Asimismo, en algunas ocasiones la aparición de un trastorno psicótico breve es una señal de aviso de que la persona puede estar desarrollando cualquier otro tipo de trastorno mental grave, por lo que es de vital importancia realizar una observación exhaustiva de la evolución del paciente.

- Trastorno esquizofreniforme:

  El diagnóstico se realiza en todos aquellos casos en que aparecen al menos alucinaciones, delirios y/o discurso alterado y desorganizado durante más de un mes pero menos de seis.

  Puede recordarnos a la esquizofrenia, de la que se diferencia principalmente por la ventana temporal en la que aparece y por el hecho de que no suele dejar secuelas ni producir deterioro (salvo que acabe derivando en otro trastorno).

<u>Síntomas:</u>

- Ideas delirantes.
- Alucinaciones.
- Pensamiento desorganizado.

- Síntomas negativos.
- Un aumento de la actividad y la impulsividad, actuando de forma caótica.
- Un nivel variable de desconexión con la realidad.
- Catatonia.
- Abulia o bradipsiquia.
- La aparición de estos síntomas tiende a ser súbita y aguda, así como su posterior desaparición.

Causas:

- Alteraciones genéticas heredadas.
- Alteraciones en las vías dopaminérgicas, concretamente en la mesolímbica y mesocortical.

Tratamiento:

- Terapia farmacológica: Administración de neurolépticos. En casos de riesgo de causar daños o autolesión puede ser necesaria la hospitalización hasta que el paciente se estabilice.
- Terapia psicológica: Se va a realizar el tratamiento una vez estabilizado el paciente. Resultan de utilidad terapias como la de resolución de problemas y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, así como el apoyo psicosocial. La presencia de alucinaciones y delirios puede ser tratada mediante la terapia de focalización (si oye voces) y técnicas como la reestructuración cognitiva.

Hay que tener en cuenta que tras la vivencia de un brote psicótico una estimulación excesiva puede ser perjudicial inicialmente, con lo que se aconseja que la reincorporación a la vida cotidiana sea gradual. En cualquier caso el refuerzo social y comunitario resulta de gran utilidad para la mejora del estado del paciente, siendo fundamental realizar psicoeducación tanto con el afectado como con su entorno.

Por último, es necesario tener en cuenta que se ha de realizar un seguimiento periódico de cada caso de manera que se prevenga la posible evolución hacia otro trastorno psicológico o psiquiátrico.

- Esquizofrenia

  Es un trastorno crónico y grave que afecta a la forma de pensar, sentir y actuar de las personas. Puede ser sumamente incapacitante.

  Muchas veces, las personas con este trastorno escuchan o ven cosas que no están allí o piensan que los demás pueden leer su mente, controlar sus pensamientos o conspirar para hacerles daño. Esto puede aterrorizarlos y convertirlos en personas retraídas o extremadamente agitadas.

  A veces hablan de cosas extrañas o inusuales, lo que puede hacer difícil mantener una conversación con ellas. También pueden durar horas sentados sin hablar ni moverse. A veces parecen estar perfectamente bien hasta que hablan de lo que realmente están pensando.

Síntomas:

Síntomas positivos:Comportamientos psicóticos que generalmente no se ven en personas sanas. Estas personas pueden “perder el contacto” con la realidad.

En ciertas personas, estos síntomas van y vienen, mientras que en otras, se mantienen constantes. A veces son graves, mientras que otras veces apenas se notan. La gravedad puede depender de si la persona está recibiendo tratamiento o no.

Los síntomas positivos incluyen las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y los trastornos del movimiento.

Síntomas negativos: Están asociados con la interrupción de las emociones y los comportamientos normales.

Entre los síntomas negativos se encuentran:

- “Afecto plano” :disminución en la expresión de emociones a través del rostro o tono de voz.
- Falta de satisfacción en la vida diaria.
- Dificultad para comenzar y mantener actividades.
- Reducción del habla.

Las personas con síntomas negativos pueden necesitar ayuda con sus tareas diarias. Pueden descuidar la higiene personal básica. Esto puede hacer que parezcan perezosos o que no quieren ayudarse a sí mismos.

Síntomas cognitivos: Son sutiles para algunas personas y más graves para otras. A veces los propios pacientes pueden notar cambios en su memoria u otros aspectos del pensamiento. Al igual que con los síntomas negativos, puede ser difícil reconocer que los síntomas cognitivos forman parte de este trastorno. Con frecuencia, solo se detectan cuando se realizan pruebas específicas. Los síntomas cognitivos incluyen:

- Deficiencia en el "funcionamiento ejecutivo" :capacidad para comprender información y usarla para tomar decisiones.
- Problemas para concentrarse o prestar atención.
- Problemas con la "memoria operativa", también conocida como "memoria de trabajo" :capacidad para usar información inmediatamente después de haberla aprendido.

- Una cognición disminuida se relaciona con peores resultados laborales y sociales, lo que puede causar angustia a las personas con esquizofrenia.

Causas y factores de riesgo:

- Los genes y el medio ambiente.
- Diferencias en la química y en la estructura cerebral.

Complicaciones:

Los pensamientos y comportamientos suicidas son muy comunes en las personas con esquizofrenia.

Tratamiento:

- Medicamentos antipsicóticos: Los síntomas de la esquizofrenia, como la agitación y las alucinaciones, generalmente mejoran a los pocos días de haber comenzado el tratamiento. Otros síntomas como los delirios suelen mejorar a las pocas semanas. Después de unas 6 semanas, muchas personas sienten una mejoría en sus síntomas. Otras personas continuarán teniendo algunos síntomas pero, por lo general, el medicamento ayuda a que estos síntomas no sean muy intensos.

La mayoría de las personas tienen una o más recaídas, es decir, sus síntomas reaparecen o empeoran. Por lo general, las recaídas suceden cuando las personas dejan de tomar su medicamento o cuando lo toman con menos frecuencia de lo que el médico indicó.

Efectos secundarios del tratamiento:

- Somnolencia.
- Mareo al cambiar de posición.
- Visión borrosa.
- Latidos rápidos del corazón.
- Sensibilidad al sol.
- Erupciones en la piel.
- Problemas menstruales en las mujeres.

- Tratamientos psicosociales: Pueden ayudar a las personas con esquizofrenia a que estén estables:

✓ Les ayudan a enfrentar los retos diarios que vienen con su enfermedad, como los problemas para comunicarse, en el trabajo, y para establecer y mantener relaciones sociales.

✓ El aprendizaje y el uso de habilidades para enfrentar estos problemas ayudan a las personas con esquizofrenia a perseguir sus metas en la vida.

✓ Las personas que participan en un régimen de tratamiento psicosocial regular son menos propensas a tener recaídas o ser hospitalizadas.

- Habilidades para el manejo de la enfermedad:

  Las personas con esquizofrenia pueden participar en el control de su propia enfermedad. Una vez que aprenden lo básico sobre su enfermedad, pueden tomar decisiones informadas sobre su cuidado. Si saben cómo estar atentos a las señales tempranas que les alertan de una recaída y tener un plan de acción, los pacientes pueden aprender a evitar las recaídas.
- Rehabilitación:

  Las carreras profesionales y trayectorias de vida para las personas con esquizofrenia suelen quedar interrumpidas. Por esto, las personas necesitan aprender nuevas habilidades para poder volver a encaminar su vida laboral. Los programas de rehabilitación pueden incluir agencias de empleo, consejería para el manejo de dinero y capacitación en las habilidades necesarias para mantener relaciones positivas.

- Educación y apoyo familiar:

  Fortalece la capacidad para ayudar en la recuperación de su ser querido.
- Terapia cognitiva-conductual:

  Es un tipo de psicoterapia que se basa en cambiar patrones de pensamiento y comportamiento que le hacen daño al paciente. El terapeuta enseña a las personas con esquizofrenia cómo comprobar la realidad de sus pensamientos y percepciones, cómo “dejar de escuchar” sus voces, y cómo manejar sus síntomas en general.
- Grupos de auto-ayuda:

  Los miembros se apoyan y se animan los unos a los otros al mismo tiempo que comparten información sobre las estrategias que usan para enfrentar sus problemas o sobre algún servicio que les es útil.

5.DISCUSIÓN

- En la Edad Media a las personas con un trastorno mental se las trataba como poseídas por espíritus diabólicos. Especialmente por parte de la iglesia católica, que consideraba los síntomas como algo relacionado con la brujería. Por lo tanto, el tratamiento pasaba por la tortura o la hoguera para liberar el alma del demonio.
- En la Europa del siglo XIX proliferaron los Manicomios, una especie de cárceles en las cuales la tortura fue disfrazada en forma de curación. Por ejemplo, en el hospital de Charenton de París hay registros de "tratamientos" en los cuales a las personas se las mantenía atadas, se les sumergía la cabeza en una bañera, se les aplicaban chorros de agua fría o se las golpeaba.

- Durante la 2ª Guerra Mundial gran cantidad de personas con trastorno mental fueron esterilizadas y ejecutadas en nombre de una supuesta pureza racial.
- En el año 1949 le fuese concedido al Dr. Egas Moniz, el primer presidente de la Sociedad Española de Neurocirugía, el Premio Nobel de Medicina por "su descubrimiento del valor terapéutico de la lobotomía en la psicosis. Es un "tratamiento" que consiste en cercenarle un trozo del cerebro (la corteza prefrontal) a la persona. La lobotomía se basó en "una única observación en un único caso que ni siquiera era humano, sino un chimpancé". Unas 50.000 personas fueron lobotomizadas, con poco o ningún seguimiento posterior para conocer las consecuencias de la intervención. En 1967, este "tratamiento" dejó de ser legal.

- Paralelamente, entre los años 1957 a 1964, la CIA llevó a cabo un proyecto denominado MK-ULTRA, dirigido por Donald Ewen Cameron, el primer presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría y ex miembro del Comité Profesional del Tribunal de Nuremberg que juzgó a los nazis por sus crímenes.MK-Ultra pretendía encontrar métodos para controlar la mente. Con esta idea se desarrolló la Conducción Psíquica, una teoría según la cual era posible la corrección de la locura, borrando la memoria existente y reconstruyendo la psique por completo. Algunos de los experimentos realizados con este fin, aplicados a personas sin su consentimiento, fueron la radiación, los psicodélicos, la inyección simultanea de barbitúricos y anfetaminas y las descargas eléctricas al cerebro. La Conducción Psíquica nunca funcionó, pero como secuela dejó un número incierto de personas con daño cerebral severo.

- Y en la actualidad, nos encontramos con la influencia de las compañías farmacéuticas, entre las más poderosas desde el punto de vista económico. Actualmente, los antidepresivos y los tranquilizantes se encuentran en la clase de medicamentos más vendidos.

  El enfermo mental ha sido tratado a lo largo del tiempo como un endemoniado al que la familia tenía que vigilar, encerrado después en manicomios dónde eran tratados como bestias, para darles posteriormente un trato más humano, hasta llegar, gracias a los psicofármacos, a hacer su vida fuera de los centros hospitalarios.

6.CONCLUSIÓN

El trastorno psicótico o psicosis es una entidad que se caracteriza por una pérdida del contacto con la realidad, es decir, las personas que lo padecen perciben una realidad alterada que creen cierta y que no es la misma que viven el resto de las personas. Aunque otras personas les digan que lo que ven o escuchan no existe, quien lo sufre lo puede ver y sentir, y lo asume como cierto a pesar de la evidencia.

Esta sensación de irrealidad les genera angustia, nerviosismo y les hace mostrarse vigilantes hacia todo lo que les rodea, llegando en algunos casos al aislamiento social y emocional.

7.BIBLIOGRAFÍA

- Casas M, Roncero C, Castells X, Ramos J.Xantinas. En: Cervera G, Valderrama JC, Pérez de los Cobos J, Rubio G, San L, editores. Tratado de SET de Trastornos Adictivos. Madrid:Panamericana, (2006), pp. 315-20.
- W. Rossler, M.P. Hengartner, V. Ajdacic-Gross, H. Haker, A. Gamma, J. Angst. Sub-clinical psychosis symptoms in young adults are risk factors for subsequent common mental disorders. Schizophr Res, 131 (2011), pp. 18-23.
- Chocron L, Vilalta J, Legazpi I, Auquer K.Diagnóstico de trastornos psiquiátricos por el médico de atención primaria. Aten Primaria, 18 (1996), pp. 22-26.
- Lyness JM, Caine ED, King DA, Cox C, Yoediono Z. Psychiatric disorders in older primary care patient. J Gen Intern Med, 14 (1998), pp. 249-54.

- J. Van Os, R.J. Linscott, I. Myin-Germeys, P. Delespaul, L. Krabbendam.A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder .Psychol Med, 39 (2009), pp. 179-195.

TEMA 4. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (P.A.E) EN PACIENTE CON NEUMONIA ASPIRATIVA

NAHIA ARRAIZA GULINA

ISABEL CELAYA CALVO

AMAIA CORUJO ELIZALDE

IDOIA LAPARTE CAMPO

ÍNDICE

- PRESENTACIÓN DEL CASO
- VALORACIÓN: NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON
- FORMULACIÓN DE PROBLEMAS
- DEFINICIÓN DE OBJETIVOS
- SELECCIÓN DE INTERVENCIONES
- EVALUACIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACIÓN DEL CASO

F. Oroz es una mujer residente del residencial de Pamplona de 78 años de edad. El pasado día 23 de Diciembre, fue atendida por un episodio de disnea y ruidos respiratorios y tras ser valorada por enfermería y medicina fue diagnosticada de neumonía por aspiración. Cursaba con un período de catarro intenso que progresaba favorablemente pero que supuso su encamación. Como consecuencia, llevaba varios días sin fuerzas, notaba la cabeza cargada, una desagradable tos, el dolor en el torso le provoca quedarse inmóvil, aburrida de estar encamada deseaba salir a la sala con el resto de residentes y había perdido completamente el apetito, llegando incluso a provocarle arcadas. Se encontraba consciente y relativamente orientada en espacio y tiempo.

Estaba en tratamiento con nebulizadores tres veces al día. En la historia clínica, además, aparece el consentimiento informado para denegar la derivación al hospital al comentar que no le gustan los mismos.
Como consecuencia, llevaba varios días sin fuerzas, notaba la cabeza cargada, una desagradable tos, el dolor en el torso le provoca quedarse inmóvil, aburrida de estar encamada deseaba salir a la sala con el resto de residentes y había perdido completamente el apetito, llegando incluso a provocarle arcadas. Se encontraba consciente y relativamente orientada en espacio y tiempo. Estaba en tratamiento con nebulizadores tres veces al día. En la historia clínica, además, aparece el consentimiento informado para denegar la derivación al hospital al comentar que no le gustan los mismos.

F. se trata de una mujer soltera, jamás ha querido casarse y durante toda su vida su hermana de ahora, 68 años ha sido su gran apoyo. La hermana, quien recuerda todos los medicamentos que toma la que es su hermana mayor, la visita diariamente junto con los sobrinos de la misma. La menor de las dos, se caso joven, y tuvo 3 hijos quienes mantienen muy buena relación con su tía F.

F. Oroz fue institucionalizada hace ya 6 años a raíz de una caída que no tuvo mayor repercusión pero que asusto a su hermana. En el ingreso con un peso de 81 kilos, presentaba un estado neurológico consciente, orientado en persona y parcialmente en espacio y tiempo. Con expresión verbal clara y coherente, poco habladora y tranquila. De buen carácter y con un estado mental positivo ha desarrollado correctas amistades en la casa.

Entre los antecedentes aparece que fue diagnosticada en 1993 de hipertensión arterial. A su historial, le acompañan también un hallazgo de neurinoma acústico. Lesión totalmente benigna y de expansión lenta, que se encuentra expectante, bajo control médico. Acude correctamente a revisiones regulares en las que es sometido a una resonancia magnética. Sufre por último artrosis de la cadera derecha parece estar relacionado con una pseudogota. Esto junto con la hipertensión le supuso la restricción de la sal en la comidas, sin embargo, no le supuso mayor problema. Respecto a la alimentación, comenta comer adecuadamente, corroborado por las gerocultoras. Utiliza prótesis dental de correcto tamaño y aparentemente estado. Actualmente pesa 78 kilos.

Es una mujer que disfruta caminando, desde que se jubiló, ha dedicado diariamente unos minutos a este placer. En la residencia, caminaba por el partió sin prisa y sin rumbo y aunque algo inestable e incluso a veces ayudada por una muleta o tacataca por la artrosis de cadera. “Cuando me canso, me paro y me siento en un banco al sol”.

Visita a sus dos sobrinos quienes viven en Pamplona, el lugar donde ella nació. No tienen problemas respecto al ámbito económico. Es una casa amplia, con gran luminosidad, muy tranquila y el portal goza de ascensor, el cual utilizan cuando acude mensualmente. Esto le facilita la salida de casa, para pasear como ya he comentado, o para acudir a la compra o acudir a la iglesia. Ambos han recibido educación religiosa cristiana desde pequeños. Sin embargo, en la actualidad no se consideran muy practicantes.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- NECESIDAD DE RESPIRACIÓN
  - En el residencia, aun estando encamado tiene dificultad para respirar, disnea en condiciones de reposo con ruidos respiratorios anormales.
  - Frecuencia Respiratoria en reposo: De 20 a 25 resp/minuto.
  - Tose con dificultad de expectoración y cuando expectora, los esputos son amarillentos.
  - Al realizarle gasometría arterial, presenta hipoxemia, por lo que se le administra oxigenoterapia: VM 28%.
  - No cianosis.

- NECESIDAD DE ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN
  - Peso: 78 Kg. Dieta habitual: Sin sal.
  - IMC dentro del rango de la normalidad.
  - No tiene apetito, además la comida no le resulta agradable. Y también la disnea le dificulta comer y beber con tranquilidad.
  - Presenta sequedad de mucosas probablemente debido a la oxigenoterapia. En cuanto mejore su situación respiratoria, se le proporcionarán gafas nasales.
  - No presenta edemas.
- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN
  - No dificultad para orinar. La diuresis es correcta. Presenta una importante sudoración.
  - Anteriormente hacía deposición todos los días. Ahora presenta dificultad para llegar al WC. No se adapta a utilizar la cuña y se queja de falta de intimidad.

- NECESIDAD DE MOVILIZACIÓN
  - Actualmente está encamado, con cansancio. Cabecero de cama elevada para facilitar la respiración. Se le levantará al sillón enseguida.
  - En su vida habitual, pasea dos veces al día. Cuando deambula, utiliza muletas, al tener artrosis en cadera derecha. Y debido, probablemente al problema auditivo que tiene, su marcha es inestable.
  - Todos estos factores determinan en este paciente un alto Riesgo de caídas: 3 según escala de Downton.
- NECESIDAD REPOSO/SUEÑO
  - Anteriormente dormía bien.
  - Ahora sin embargo, se encuentra vigil, despertándose toda la noche.
  - No descansa, comunica que le molestan los ruidos de los carros.

- NECESIDAD VESTIDO
  - Su aspecto es limpio.
  - Habitualmente se viste y desviste sola, pero en la actualidad tiene dificultad para ponerse y quitarse la ropa, tanto de la parte superior del cuerpo como inferior debido al cansancio y la fatiga.
- NECESIDAD TERMORREGULACIÓN
  - Temperatura superior a lo normal (38°). Presenta escalofríos y tiritona.
- NECESIDAD HIGIENE/PIEL
  - Encamada, y no puede lavarse el cuerpo o partes del cuerpo, necesita ayuda.
  - No palidez de piel y mucosas.
  - Buen estado de la piel, aunque se observan lesiones de la mucosa oral.
  - El riesgo de deterioro de la integridad cutánea es mínimo pues suma 17 puntos en la escala de Norton.

- NECESIDAD SEGURIDAD
  - Sigue con dificultad la prescripción de su medicación habitual, si no fuera porque está pendiente su familia.
  - Consciente y orientada.
  - Actualmente, se le observa que tiene miedo a empeorar y está asustada, no está seguro de la buena evolución que va a tener. Está desanimada.
- NECESIDAD COMUNICACIÓN
  - Presenta hipoacusia, debido a un Neurinoma acústico, lo que le dificulta una buena comunicación.
  - Le cuesta verbalizar sus sentimientos.
- NECESIDAD CREENCIAS/RELIGIÓN
  - Sí creencias religiosas, aunque no muy practicante.

- NECESIDAD TRABAJAR/REALIZARSE
  - Aunque era independiente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, actualmente su estado de salud le obliga a ser dependiente.
- NECESIDAD RECREARSE
  - Está aburrida, pide a su familiar que le pongan la TV.

- NECESIDAD APRENDER
  - Es incapaz de describir su estado de salud y aunque cuando ha estado en activo ha sido muy responsable, ahora no muestra demasiado interés por conocer y aprender su tratamiento.

FORMULACIÓN DE PROBLEMAS

- PI: Neumonía por aspiración s/a traslado de contenido gástrico a vías respiratorias
- PI: Neurinoma acústico s/a tumor benigno
- PI: Dolor s/a agentes lesivos (biológicos, físicos).
- PI: Artrosis de cadera
- DxE: Gestión ineficaz de la propia salud r/c complejidad del propio tratamiento y déficit de conocimientos, m/p fracaso al incluir el régimen en la vida diaria, verbaliza dificultades con los tratamientos prescritos.
- DxE: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para ingerir los alimentos m/p incapacidad subjetiva para ingerir los alimentos.
- DxE: Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos r/c proceso de enfermedad.

- DxE: Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos. Es portador de vía periférica.
- DxE: Riesgo de estreñimiento r/c cambios ambientales recientes, uso inadecuado del inodoro, cambio en los alimentos habituales.
- DxE: Deterioro del intercambio de gases r/c ventilación-perfusión m/p disnea, hipoxia.
- DxE: Patrón respiratorio ineficaz r/c fatiga, hiperventilación, dolor, fatiga de los músculos respiratorios m/p taquipnea, uso de los músculos accesorios para espirar, diminución de la capacidad vital.
- DxE: Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c secreciones bronquiales, retención de las secreciones, infección respiratoria m/p cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio, disnea, tos inefectiva, agitación.
- DxE: Hipertermia r/c enfermedad m/p aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, taquicardia y taquipnea.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

- NOC: Nivel del dolor
  - Dolor referido: 2, sustancial.
  - Inquietud: 2, sustancial.
  - Pérdida de apetito: 3, moderado.
- NOC: Conducta de cumplimiento
  - Confianza en el profesional sanitario sobre la información obtenida: 4, frecuentemente demostrado.
  - Refiere los cambios de síntomas a un profesional sanitario: 4, frecuentemente demostrado.
- NOC: Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
  - Cumple las precauciones recomendadas: 4, frecuentemente demostrado.
  - Cumple el régimen terapéutico recomendado: 4, frecuentemente demostrado.

- NOC: Control de síntomas
  - Reconoce el comienzo del síntoma: 4, frecuentemente demostrado.
  - Refiere control de los síntomas: 3, a veces demostrado.
- NOC: Estado nutricional
  - Ingestión de nutrientes: 4; desviación leve del rango normal.
  - Ingestión alimentaria: 3, desviación moderada del rango normal
- NOC: Apetito
  - Deseo de comer: 4, levemente comprometido.
  - Estímulos para comer: 4, levemente comprometido.
- NOC: Hidratación
  - Membranas mucosas húmedas: 4, levemente comprometido

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

- NIC: Manejo del dolor
  - Asegurarse de que el paciente reciba cuidados analgésicos correspondientes.
  - Verificar el nivel de molestia del paciente y anotar en el registro correspondiente.
  - Administración de analgésicos oral o IV.
- NIC: Acuerdo con el pacientes
  - Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar.
  - Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
  - Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos.

- NIC: Establecimiento de objetivos comunes
  - Animar al paciente a establecer los objetivos de manera clara, evitando el uso de alternativas.
  - Ayudar al paciente y a su ser querido a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles.
  - Establecer los objetivos en términos positivos.
- NIC: Enseñanza: proceso de enfermedad
  - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
  - Describir el funcionamiento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.
  - Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.

- NIC: Ayuda a la ventilación
  - Mantener una vía aérea permeable.
  - Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.
  - Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas.
- NIC: Mejorando la tos
  - Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, expire lentamente y a que tosa al final de la exhalación.
  - Animar al paciente a que realice una respiración profunda, la mantenga durante dos segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva.
  - Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas.
  - Enseñar al paciente a que inspire profundamente varias veces, expire lentamente y a que tosa al final de la exhalación.

- NIC: Monitorización respiratoria
  - Vigilar frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
  - Anotar el movimiento torácico, mirando la simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales y supraclaviculares.
  - Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico).
- NIC: Control de infecciones
  - Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo del centro.
  - Poner el práctica precauciones universales.
  - Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas i.v.

EVALUACIÓN

Aunque la evaluación se ubica en la fase final del proceso enfermero, realmente es una parte integral de cada fase, realizándose continuamente. Cuando se ejecuta como última etapa, se hace referencia a los resultados del paciente y si se han conseguido. La evaluación establecida para comprobar los resultados conseguidos con este plan de cuidados personalizado consta de la revisión del cumplimiento de objetivos fijados, mejora de los puntos marcados como factibles a corto plazo y la ausencia de daño o perjuicio hacia el paciente con el desarrollo de los mismos.

Esto se realiza manteniendo un seguimiento de los indicadores fijados y utilizando las escalas de apoyo tales como los test de dependencia, movilidad y riesgo de úlceras por presión, en busca de mejoras o disminución de sus riesgos.

Se debe ir instruyendo al paciente para facilitar el manejo de su salud. Es importante recalcar en cómo debe protegerse, conocer y actuar frente a las agudizaciones de su enfermedad respiratoria, conocer las medicaciones que debe administrarse. Tenido en cuenta los factores de riesgo, es muy importante trasmitir a los profesionales sanitarios, la administración de la alimentación en personas encamadas con el cabecero elevado en posición de fowler, manteniéndolo además durante 1-2 horas tras la toma de la misma. Así evitamos, que mediante náuseas o reflujo gastroesofágico la retracción de la alimentación pudiendo desviarse a las vías respiratorias.

En este caso además, la utilización de las nebulizaciones debe estar controlada, porque suponen un riesgo de aspiración. De este modo, indicaremos su utilización antes de la alimentación y retirándola correctamente tras terminar el periodo de utilidad. Sobre el resto de factores, es interesante mantener la boca limpia por una cuestión también de higiene; evitar el tabaco por su asociación con problemas de salud, así como la desnutrición y deshidratación. Estas pautas deben ser integradas por supuesto en el personal pero también en la familia.

Además, el paciente, debe seguir unos determinados hábitos higiénico-dietéticos para conseguir una mejor evolución de su proceso, por lo que la enfermera junto al informe de enfermería al Alta, le entregará las recomendaciones necesarias con la información que requiere él y/o su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Base de datos de los residentes del centro residencial.
- Escala de valoración por patrones de Marjory Gordon.
- Escala de Tinetti, Braden, Norton, MNA, Barthel, MEC y Test del reloj.
- Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
- Moorhead S, Johnson M, Maas Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ªEd. Madrid: Elsevier; 2009.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ªEd. Madrid: Elsevier; 2009.

TEMA 5. CAÍDAS. FACTORES DE RIESGO Y PREVENCIÓN

SARA MARÍN ARRIAZU

MARTA NAVARRO CILLERO

ÍNDICE

- DEFINICIÓN DE CAÍDA
- INCIDENCIA
- CONSECUENCIAS
- FACTORES DE RIESGO
- HERRAMIENTAS PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON RIESGO
- PREVENCIÓN
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

Existen diversas definiciones dependiendo de la fuente consultada; según la OMS las caídas se definen como *"acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga".* El Sistema Sanitario Público Andaluz en su documento *"Estrategia para la seguridad del paciente" publicado en 2009 la definió como "Suceso imprevisto no intencionado que afecta a un paciente y/o acompañante donde uno acaba yaciendo en el suelo o en cualquier nivel más bajo desde el que se encontraba, de pié, sentado o estirado".*

INCIDENCIA

A grandes líneas, la incidencia varía en función de la bibliografía consultada, a modo de datos indicativos podría decirse que:

- Un tercio de las personas mayores de 65 años, al menos una caída al año (de éstos el 50% se reincidente)
- Mitad de los mayores de 80 años, al menos una caída al año
- No existen diferencias significativas con respecto al sexo
- Entre el 2-12% de los pacientes sufren al menos una caída durante su estancia hospitalaria
  - En unidades de rehabilitación hasta el 20%
  - En unidades de ICTUS hasta el 46%
- En una revisión sistemática realizada en España en el 2007 mostró datos del 14.4% de mayores en la comunidad y el 46% en mayores institucionalizados en residencias

CONSECUENCIAS

Amplio abanico de posibilidades:

- Contusiones leves
- Heridas
- Fracturas
- Hemorragias intracraneales
- Hospitalizaciones prolongadas
- Mayor probabilidad de institucionalización
- Tendencia a la inmovilidad
- Pérdida de movilidad por miedo a nuevas caídas
- Ansiedad, depresión
- Quinta causa de muerte en ancianos y/o segunda causa de muerte por accidente involuntario

Por todo ello se perfilan como uno de los síndromes geriátricos más estudiado e investigado

FACTORES DE RIESGO

- Intrínsecos (relacionados con la situación física y psicológica de la persona):
  - Aumento del tiempo de reacción al peligro
  - Enfermedades crónicas
  - Envejecimiento
  - Afecciones musculo-esqueléticas
  - Fármacos como ansiolíticos, hipotensores
  - Historia de caídas previas
  - Alteración del estado nutricional
  - Acudir al WC en numerosas ocasiones, sobre todo por la noche

- Extrínsecos (relacionados con el contexto que rodea a la persona):
  - Iluminación inadecuada
  - Obstáculos en el camino, dificultades arquitectónicas
  - Suelos resbaladizos
  - Calzado inadecuado
  - Altura y tamaño de las barandillas
  - Altura inadecuada de las camillas y camas
  - Falta o mala adaptación de gafas y/o audífonos
  - Carencia o mala capacitación de familiares, cuidadores y/o personal sanitario

HERRAMIENTAS PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON RIESGO

Varias:

- Escala de St Thomas´s risk assesment tool in falling elderly inpatients – STRATIFY
  - Breve
  - Fácil de pasar, cómoda
  - Sensibilidad (92%), especificidad (68%), alto valor predictivo negativo (98%)
  - 5 preguntas de respuesta dicotómica
  - Dos o más contestaciones positivas: alto riesgo
  - No útil para reevaluar el riesgo
  - Limitaciones, como por ej. en pacientes con ICTUS

- Escala de riesgo de Downton
  - Bastante extendida en la sanidad española
  - Incluye en su registro alguno de los factores de riesgo que tienen mayor incidencia en los pacientes
  - Alto riesgo si 3 o más puntos
- Escala Morse
  - Para población general hospitalizada
  - Puntuación desde 0-150 puntos (riesgo alto si >50)
  - Incluye algún ítem común a otras escalas
- Escala de Hendrich II
  - Forma rápida de evaluar pacientes hospitalizados
  - Cada ítem, puntuación independiente
  - Varios test dentro de ésta como el “Get Up and Go Test”
  - Alto riesgo a partir de 5 puntos

PREVENCIÓN

No hay evidencia de que los programas de prevención de caídas en pacientes hospitalizados sean eficaces, pero un abordaje multidisciplinar parece disminuir la incidencia.

Un aspecto fundamental sería la identificación del paciente con riesgo de sufrir una caída, realizar una valoración integral y aplicar una serie de medidas para intentar evitarlas. Algunas de éstas serían:

- Revisar la medicación evitando fármacos que favorezcan el riesgo
- Prescribir ayudas técnicas adecuadas
- Medidas sobre el entorno arquitectónico
- Formar y concienciar al personal sanitario sobre la repercusión de una caída

Por otro lado, y no por ello menos importante, la implicación del propio paciente en la prevención, haciéndoles actores en su propia seguridad durante el ingreso.

Destacar que el uso de barandillas como método preventivo no es completamente eficaz, ya que estudios demuestran que aún teniéndolas puestas se siguen produciendo.

Según la OMS *“las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos”.*

CONCLUSIÓN

Las caídas en un síndrome de causa multifactorial que conduce a un alto riesgo de dependencia funcional, hospitalaria, institucionalización e incluso mortalidad; de ahí la importación de la prevención y un abordaje multidisciplinar.

BIBLIOGRAFÍA

- Who.int/es [actualizado 16 Ene 2018; citado 31 ene 2019]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls
- Abreu C, Mendes A, Monteiro J, Santos FR. Caídas en el medio hospitalario: un estudio longitudinal. Rev. Latino–Am. Enfermagen. 2012;20(3): 1-7.
- Minaya-Sáiz J, Lozano-Menor A, Salazar-de la Guerra RM. Abordaje multidisciplinar de las caídas en un hospital de media estancia. Rev Calid Asist. 2010;25(2): 106-111.
- Cobo Montes MC. Seguridad del paciente. Protocolo de prevención de caídas. CHRU Carlos Haya. Málaga, 2011. Disponible en: http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=xuEUjXMxyss%3D&tabid=519

- Miyares Olavarría A. Caídas en pacientes hospitalizados: un Evento Adverso Evitable. [Trabajo final de grado en internet]. [Santander]. Escuela Universitaria de Enfermería “Casa de Salud Valdecilla”, 2014 [citado 31 enero 2019]. Recuperado a partir de: https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5228/MiyaresOlavarriaA.pdf?sequence
- Lagunas-Parras JM, Arrabal-Orpez MJ, Zafra-López F, Garcia-Fernández FP, Carrascosa-Corral RR, Carrascosa-García MI, et al. Incidencia en caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. GEROKOMOS. 2011;22(4): 167-173.
- Villar Bustos MC, Martín Vaquero Y, García Calderón MS, González Sanz A. Evidencias para la prevención de caídas en el paciente hospitalizado pluripatológico. Rev. Enferm. CyL. 2012; 4(2): 21-39.

- Balagué Gea L, Garitano Tellería B, Martínez Martínez JA, Mayordomo Arnaiz ME, Peña González ML. Guía de recomendaciones basadas en evidencia para la prevención de caídas. Osakidetza, 2015. Disponible en: http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteba_publicaciones/es_osteba/adjuntos/4_recomendaciones_prevenci%C3%B3n_caidas.pdf
- Fernández Molina MA, Abellán García C, Domingo Pozo M. Prevención de las caídas Del paciente hospitalizado en el HGUA. Departamento de Salud Alicante, 2013. Disponible en: http://cuidados20.san.gva.es/documents/15149/23834/Prevenci%C3%B3n+de+ca%C3%ADdas+del+paciente+hospitalizado+del+Departamento+de+Salud+Alicante.+Hospital+General

- Calero MJ, López-Cala G, Ortega AR, Cruz-Lendínez AJ. Prevención de caídas en el adulto mayor: revisión de nuevos conceptos basada en la evidencia. European j investiga. 2016; 6(2): 71-82.
- Lavedán Santamaría A, Jürschik Giménez P, Botigué Satorra T, Nuin Orrio C, Viladrosa Montoy M. Prevalencia y factores asociados caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. Aten primaria. 2015;47(6): 367-375.

TEMA 6. FIBROMIALGIA

JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- EPIDEMIOLOGÍA
- ETIOPATOGENIA
- SINTOMATOLOGÍA
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- EVOLUCIÓN
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

La fibromialgia es un síndrome caracterizado por un dolor crónico generalizado musculoesquelético, sin alteraciones orgánicas que lo justifiquen y que se asocia con alteraciones del sueño, rigidez sobre todo por la mañana, astenia y puntos dolorosos a la palpación.

Ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud en 1992 y debido a su elevada prevalencia, tiene gran importancia actualmente para la salud pública.

EPIDEMIOLOGÍA

La fibromialgia es más frecuente en mujeres que en hombres, y sobre todo entre los 40 y 60 años, aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, incluso en niños.

A pesar de no ser una enfermedad mortal, supone un gran deterioro en la calidad de vida de las personas que la sufren, lo cual implica un enorme gasto sociosanitario en nuestra sociedad actual.

ETIOPATOGENIA

Las causas de la fibromialgia siguen siendo desconocidas, aunque actualmente se considera que su origen puede encontrarse en una alteración en la regulación del dolor, lo que implica que se consideren dolorosos estímulos que normalmente no lo son.

Los factores desencadenantes suelen estar asociados a:

- Situaciones de estrés
- Lesiones recurrentes
- Malestares o dolencias
- Ciertas enfermedades

Aunque la fibromialgia puede desencadenarse por sí sola también.

SINTOMATOLOGÍA

- **Dolor:** como síntoma más importante e invalidante, este puede ser difuso o localizado, y que suele desarrollarse de forma gradual.
- **Cansancio y fatiga**
- **Trastornos del sueño**
- **Ansiedad o depresión**
- **Intolerancia al esfuerzo**
- **Rigidez generalizada**
- **Contracturas musculares**
- **Inflamación:** sobre todo en zonas distales de pies y manos.
- **Hormigueos**
- **Menstruación dolorosa**
- **Dolores de cabeza**

- **Alteraciones gastrointestinales**
- **Sequedad de boca y ojos**
- **Sensación de inestabilidad**
- **Hipersudoración**
- **Distermias**
- **Palpitaciones**
- **Cambios en la coloración de la piel**
- **Dificultad en la concentración y embotamiento**
- **Pérdida de memoria reciente**

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la fibromialgia se desarrollo en los años 90, es fundamentalmente clínico, basado en la percepción del paciente, y consiste en el dolor localizado en 11 o más puntos, aplicando una presión aproximada de 4 Kg, acompañado de un dolor generalizado.

Otra alteración frecuente sería el enrojecimiento de la piel del paciente, al presionar con la mano, debido a alteraciones en el sistema de riego de la sangre a la piel.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la fibromialgia es bastante complicado, su fin no es la curación de la misma, sino el mejorar la sintomatología para mejorar la calidad de vida del paciente que la sufre.

Debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar, formado por médico, enfermero, fisioterapeuta y psicólogo.

El tratamiento puede consistir en:

1. **Educación:** es el pilar fundamental del tratamiento. El paciente con fibromialgia, debe conocer las causas, pronóstico y posibles tratamientos de la misma.

2. **Ejercicio físico:** el ejercicio aeróbico es el más recomendado, mejorando el dolor. Ejercicios de musculación y estiramientos, pueden ser un buen complemento .

3. **Tratamiento farmacológico:** los antidepresivos tricíclicos, la pregabalina y la duloxetina son los fármacos más utilizados. También se usan otros fármacos para síntomas concretos, como son los antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos, relajantes musculares, ansiolíticos, antidepresivos, etc.

4. **Tratamiento rehabilitador:**

- **de los puntos gatillo:** entre los medios físicos que existen para desactivar estos puntos gatillo se encuentran la crioterapia, la pulverización refrigerante, el chorro de gas frío, el masaje con hielo, etc. Y posteriormente se procede a la elongación del músculo.
- **termoterapia:** por su efecto analgésico y mejora la circulación sanguínea del músculo.
- **masaje**
- **electroestimulación**
- **TENS**
- **electroacupuntura**
- **ultrasonido**
- **laser**

- **miofeedback**
- **hidroterapia**

5. **Tratamiento psicológico:** sobre todo para aliviar la ansiedad, depresión y otros aspectos cognitivos que influyen o derivan de padecer fibromialgia.

EVOLUCIÓN

La fibromialgia es una enfermedad crónica y que cursa con brotes que suelen ser desencadenados por diferentes factores.

A pesar de ser una enfermedad de carácter benigno, ya que no produce secuelas físicas, a nivel psicológico provoca un gran impacto en el paciente que la sufre, ya que ejerce un empeoramiento considerable en la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

- La fibromialgia es un síndrome, manifestado fundamentalmente por dolor crónico generalizado , acompañado de otros síntomas.

- Las causas de la misma son desconocidas y probablemente resultan de la interacción de diversos factores.

- El diagnóstico se basa fundamentalmente en la historia clínica del paciente.

- No se conoce un tratamiento real y efectivo, y su abordaje multidisciplinar es primordial.

BIBLIOGRAFÍA

• Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. Ann Rheum Dis. 2017; 76(2):318-328.

• Triviño Martínez A, Solano Ruiz MC. La compleja vivencia de la fibromialgia. Index Enferm (Gran). 2014; 23(1-2):95-99.

• Kulshreshtha P, Deepak KK. Autonomic nervous system profile in fibromyalgia patients and its modulation by exercise: a mini review. Clin Physiol Funct Imaging. 2013; 33(2):83-91.

• Jahan F, Kashmira N, Waris Q, Rizwan Q. Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. Oman Medical Journal. 2012; 27(3):192-195.

• Terry R, Perry R,Ernst E. An overview of systematic reviews of complementary and alternative medicine for fibromyalgia. Clin Rheumatoll. 2012; 31:55-66.
• Clauw J, Lesley M, Arnold MD, Bill H, McCarberg MD. The Science of Fibromyalgia. Mayo Clin Proc. 2011; 86(9):907-911.
• Arnold L, Clauw D, McCarberg B. Improving the Recognition and Diagnosis of Fibromyalgia. Mayo Clin Proc. 2011; 86(5):457-464.

TEMA 7. MALTRATO ANTE UN DISCAPACITADO. CÓMO SE DETECTA Y SE ABORDA

PAULO JOSÉ VALDÉS VÁZQUEZ

INDICE

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

INTRODUCCIÓN

¿Qué es la discapacidad?
Es una falta o limitación de alguna facultad física o mental que imposibilita o dificulta el desarrollo normal de la actividad de una persona.

OBJETIVOS

Conciencia a la sociedad que las personas con discapacidad intelectual, son una parte de la población con menor independencia, esto los hace más vulnerables ante el maltrato, por ello debemos de implicar a los profesionales y a la sociedad en la búsqueda de protocolos de intervención ante el posible maltrato.

METODOLOGÍA

El siguiente trabajo engloba métodos teóricos y conceptuales, definiendo conceptos y consideraciones sobre el maltrato a personas con discapacidad, además se abordará la relación profesional/paciente ante caos de maltrato. Se realizó una búsqueda y análisis bibliográfico de diferentes bases de datos (libros académicos, guías de práctica clínica, revistas científicas y en la red).

RESULTADOS

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería estamos viviendo durante los últimos años una continua transformación motivada por el incremento constante de la carga asistencial y la progresiva especialización de los profesionales de la salud.

Una de las mayores problemáticas que nos encontramos para combatir el maltrato es la falta de información fiable en cuanto al número de personas con discapacidad de han sufrido abuso, además del grado y del tipo de dicho abuso.

Es habitual que a las personas con discapacidad se las maltrate de forma física o emocional, simplemente por no cumplir con los parámetros normales de interacción social.

En los servicios de salud, en muchas ocasiones se actúa con un rechazo que puede ir desde el hecho mas sutil e inconsciente hasta las actuaciones más agresivas. Como ejemplo, los profesionales no se dirigen a las personas con discapacidad cuando hablar sino al familiar, acompañante o tutor.

CONCLUSIONES

- Conocer la etiología, diagnóstico y tratamiento.
- Reconocer la importancia de realizar un tratamiento de calidad, mejorando la atención al paciente.
- Planificar un plan de cuidados adecuado

Claves en la detección del maltrato al paciente con discapacidad

- Considerar la posibilidad de que la persona sea víctima de un maltrato
- Estar atentos a cambios en la persona con discapacidad así como a las verbalizaciones espontáneas de este tipo de pacientes.
- Planificar una entrevista de valoración con nuestro equipo.
- Evitar juzgar.
- Recoger nuestras observaciones.
- Transmitir nuestras sospechas al resto del equipo para que den especial atención a determinados aspectos que pueden confirmar o no, nuestras sospechas.

BIBLIOGRAFÍA

- http://bancadis.ibv.org/mapa-del-sitio/79.html
- https://definición.de/discapacidad/
- https://psicologiaymente.net/forense/senales-maltrato-psicologico-relacion
http://ladiscapacidad.com/violenciaydiscapacidad/maltratoydiscapacidad/index.html

TEMA 8. CUIDADOS BÁSICOS EN ANCIANO CON DETERIORO COGNITIVO

MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA

ÍNDICE

1.- 1ª FASE
2.- 2ª FASE
3.- 3ª FASE
4.- RECOMENDACIONES SOBRE LA MOVILIDAD
5.- RECOMENDACIONES EN EL ENTORNO DEL PACIENTE
6.- CONSEJOS PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
7.- BAÑO E HIGIENE
8.- HABITACION DEL ENFERMO
9.- VESTIRSE
10.- INCONTINENCIAS
11.- MEDICACIÓN
12.- AGITACIÓN
13.- BIBLIOGRAFÍA

1ª FASE

- Vigilancia.
- Supervisión de la enfermedad.

COMO REALIZAR ESTOS CUIDADOS

- Obtener información necesaria sobre la enfermedad (educación sanitaria).
- Planificar la atención al enfermo, consensuada equipo multidisciplinar y cuidador principal.
- Es recomendable que siempre le ayude la misma persona (cuidador principal).
- Comprender al afectado y adaptarse a los cambios.
- Mantener al enfermo en su ambiente habitual y rutinario.

2ª FASE

- Permitir que haga el máximo de actividades sin ayuda, aunque tarde más tiempo.
- Simplificar el estilo de vida haciendo que las actividades se conviertan en rutina.
- Ofrecer la 1ª ayuda con instrucciones verbales, luego hacer el gesto y por último guiar con la mano.

3ª FASE

- La función del cuidador cobra mucha importancia.

- Nos encontramos con una etapa de elevada dependencia, de postración en silla o cama, por lo que la familia deberá asumir todos los cuidados básicos de la vida diaria.

RECOMENDACIONES SOBRE LA MOVILIDAD

- Mantener la movilidad de la persona con demencia ayuda a que siga relacionándose con su entorno.
- Mejora la circulación sanguínea y disminuye el riesgo de aparición de UPP.
- Evita la rigidez y las contracturas.
- Cuando la persona con demencia camina con ayuda, puede necesitar un andador o un bastón. Al caminar con el bastón la mano debe estar apoyada en el bastón a la altura de la cadera, siempre se ha de mover el brazo que lleva el bastón a la vez que la pierna contraria, la separación aproximada de los pies ha de ser de 30cm.

- En caso de tener que utilizar escaleras, la planta del pie debe estar sobre el escalón para un impulso seguro, el brazo colocado en la baranda y debe adelantarse al mismo tiempo que el bastón sujeta la mano contraria.

- La distancia entre la persona y el andador no será superior a 30cm, el apoyo ha de ser completo en los mangos.

RECOMENDACIONES EN EL ENTORNO DEL PACIENTE

- Eliminar tapetes y alfombras para evitar caídas.
- Se recomienda colocar seguro en las ventanas.
- Colocar pasamanos al lado de la escalera.
- Interruptores al principio y final de escaleras.
- Colocar franja de color vivo o reflectante al principio y final de escalones.

- Reloj de pared con números grandes y un calendario con el día actual claramente marcado.
- Tener un lugar para dejar sistemáticamente cosas que se pueden perder (llaves, gafas…).
- Señalar con fotos en los armarios y cajones con el contenido.
- Colocar detector de humos en cocina sobre todo.
- En los mandos de cocina se puede poner tira roja para destacar la posición de apagado.

CONSEJOS PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- En las primeras fases de la enfermedad conviene que el enfermo participe en el proceso, ayudando a preparar la comida y poniendo la mesa.
- Cuando avanza la enfermedad, necesitará ayuda para comer y beber.
- Deben revisar las prótesis dentales y en la fase más avanzada quitársela.
- Revisar todos los fármacos que alteran la hidratación de la mucosa.
- Controlar su peso.
- Observar si el enfermo tiene dificultad para tragar, pérdida de apetito…

- Mantener un horario y entorno tranquilo, sin demasiada gente durante las comidas.
- Si pide constantemente comida, aumentar el número de tomas, reduciendo la cantidad.
- Administrar alimentos que le sean agradables, platos variados y ricos en fibra.
- Presentar un plato después de otro, con los utensilios adecuados, vajilla de color diferente al mantel e irrompible, cubiertos con mangos engrosados, vaso de plástico duro, con dos asas y tapadera.
- Mantel de plástico antideslizante.
- Plato hondo para evitar que caiga comida fuera.
- Cañas de plástico.

BAÑO E HIGIENE

- Es recomendable cambiar la bañera por plato de ducha y colocar silla adaptada, que dará mayor comodidad y autonomía al enfermo.
- Colocar barras al lado del inodoro para ayudar al enfermo a levantarse y sentarse, también hay elevadores para wc.
- Debemos tener los objetos siempre en el mismo lugar.
- La actividad del baño debe hacerse bajo supervisión.
- Usaremos grifos fácilmente graduables, con marcas de calor-frío(pegatinas en rojo y azul).

- Dar instrucciones verbales breves y ordenadas, dejando tiempo para realizarlas. Ayudar si es necesario.
- Mantener temperatura adecuada en el baño.
- Intentar realizar higiene bucal al menos una vez al día.
- Aprovechar este momento para inspeccionar las uñas y la piel con el fin de prevenir UPP.
- Si se niega a que se le haga la higiene, no se debe discutir con él, ni forzarlo. Debemos intentarlo más tarde.

HABITACION DEL ENFERMO

- Siempre ordenada, despejad y confortable.
- Objetos que más necesitamos a mano.
- Cuando tenga problemas de estabilidad, pondremos barandillas a los lados de la cama.
- Interruptor al lado de la cama y luz de seguridad.

VESTIRSE

- Ropa ancha.
- Botones grandes en 1ª fase, velcro en fases más avanzadas.
- Pantalones o faldas elásticas con gomas (evitar cinturones).
- Bajo llave elementos peligrosos.
- Zapato cerrado, fáciles de poner y quitar, con suela rugosa, flexible, punta redondeada o cuadrada, mejor sujeción con velcro o cremallera que con cordones.
- El paciente puede no identificar el malestar por presión de un calzado inadecuado.
- Utilizar calzador de plástico de mango largo.

INCONTINENCIAS

- Puede olvidar donde está el baño, quitarse y ponerse la ropa, o puede no tener la sensación de realizar la micción.

SE RECOMIENDA:

- No reñir por tener episodios de incontinencia.
- Intentar crear una rutina horaria.
- Acompañarlo al lavabo.
- Para evitar las UPP se deben cambiar los pañales a menudo.
- Por la noche se recomienda limitar la ingesta de líquidos.

MEDICACIÓN

- En la 1ª y 2ª fase supervisar que la tome en el horario y dosis correctas.

- No realizaremos cambios de medicación sin una prescripción facultativa.

- Intentaremos hacer coincidir la medicación con las comidas, sobre todo en las fases avanzadas.

AGITACIÓN

- Abordar al paciente poco a poco, con calma y siempre por delante, manteniendo el contacto visual.
- Contacto físico adecuado, intentando no utilizar la fuerza para controlarlo.
- Eliminar objetos peligrosos.
- No utilizar el razonamiento, recordar que el paciente con demencia no es capaz de seguir un razonamiento lógico.
- Los delirios son una parte de la enfermedad, el paciente vive como reales vivencias imaginarias:

  " Han venido unos hombres a casa" "Han venido los vecinos a robarme"

- Es importante no reforzar la idea ni decirle que no es cierto, la actitud adecuada es intentar cambiar de tema dirigiendo la conversación con otro contenido que sepamos que va a captar la atención del paciente.

- Es bueno que el paciente salga siempre a pasear con una placa identificativa(medalla, pulsera…), puede perderse debido a los trastornos de memoria.

BIBLIOGRAFÍA

- Tirado Darder, JJ y otros. Atención primaria,“coordinación de recursos comunitarios. liderazgo del cuidado. D.A.E. 2006.

- Tirado Darder, JJ y otros.Hacia un futuro mejor, guía de actuación gerontológica en atención domiciliaria“ i.s.b.n. 978-84-693-4937-3.c.e.co.va. 2010.

- García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del anciano. DAE. 2001.

TEMA 9. PROGRAMA DE FORMACIÓN A ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA

JORDI URBIOLA CASTILLO

ANE FERNANDEZ BEARAN

INTRODUCCIÓN

- SUICIDIO: Grave problema de salud pública. 1 millón de muertes anuales en todo el mundo.
- **España**: 3539 suicidios (año 2012). 11.3% más respecto al año anterior.
- Principal causa de muerte externa (7,6/100000 personas).
- **Navarra**: 48 suicidios (año 2012).

INTRODUCCIÓN

- SUICIDIO: Grave problema de salud pública. 1 millón de muertes anuales en todo el mundo.
- **España**: 3539 suicidios (año 2012). 11.3% más respecto al año anterior.
- Principal causa de muerte externa (7,6/100000 personas).
- **Navarra**: 48 suicidios (año 2012).

PREVENCIÓN

- Estrategia de Salud Mental 2009-2013 España: prevención del suicidio y evaluación de acciones específicas para disminuir tasas de suicidio en grupos de riesgo.
- Programa SUPRE OMS (1999): intervención de un equipo multidisciplinar para la prevención. Documentos dirigidos a diferentes profesionales:

  - Profesionales de Atención Primaria.
  - Profesionales Medios de Comunicación.
  - Docentes y personal Institucional.
  - Funcionarios de prisiones.
  - Bomberos, Policías y Socorristas.
  - Supervivientes de suicidios.

Relación de confianza
Vínculo entre comunidad y atención especializada
Fuente primaria de atención médica
Continuidad en los cuidados
75% contacto previo año anterior 45% mes anterior acto suicida
Atención primaria

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

- HIPÓTESIS:

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria de la comarca de Pamplona tienen necesidades específicas de formación en torno a conductas suicidas.

- OBJETIVO PRINCIPAL:

Valorar las necesidades de conocimiento en el ámbito asistencial de AP en relación a la prevención y actuación de las conductas suicidas.

- OBJETIVOS SECUNDARIOS:
  - Diseñar un programa formativo para profesionales de enfermería de centros de AP de Pamplona que proporcione herramientas para la prevención y actuación ante conductas suicidas.
  - Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con riesgo o conducta suicida
  - Reducir la tasa de suicidios respecto a los años anteriores.

METODOLOGÍA

- Búsqueda bibliográfica, bases de datos, repositorios y revistas:
  - Contextualización, fenomenología, incidencia y perfil de pacientes con ideación autolítica, intento de suicidio y suicidio consumado.
  - Programas de prevención a base de formación dirigida a los profesionales de atención primaria.

- Revisión de los DxE (diagnósticos de enfermería) registrados en el programa ATENEA.
  - **Riesgo suicida.**
  - **Riesgo de violencia autodirigida.**

- Cuestionario

RESULTADOS

Profesionales de Atención Primaria	• No están capacitados. • Necesidad de formación y programas de formación.
Formación médicos de atención primaria	• Una de las estrategias de prevención de las más importantes
Programas formativos personal de enfermería	• Mejoría competencias y actitudes en identificación y tratamiento de pacientes con conducta suicida.

PROPUESTA DE MEJORA

1ª parte

JUNIO 2014

- Coordinador investigación AP
- Supervisoras enfermería centros de AP

JULIO-NOVIEMBRE 2014

- Consulta DxE registrados en ATENEA
- Entrega cuestionario enfermeras

2ª parte

DICIEMBRE 2014- ENERO 2015

- Evaluación/modificación según resultados del cuestionario

FEBRERO- JUNIO 2015

- Puesta en marcha del programa formativo a las enfermeras

PROGRAMA FORMATIVO	SESIÓN 1	SESIÓN 2
AGENTES DE SALUD	Enfermero especialista en salud mental	Enfermero especialista en salud mental
HORA	De 13:30 a 15:30	De 13:30 a 15:30
LUGAR	Cada centro de salud de los seleccionados	Cada centro de salud de los seleccionados
DURACIÓN	2 horas	2 horas
RECURSOS MATERIALES	- Sillas - Ordenador - Pantalla - Proyector - USB (Power Point) - Casos clínicos - Folios - Bolígrafos	- Sillas - Ordenador - Pantalla - Proyector - USB (Power Point) - Escalas - Folios - Bolígrafos

CONTENIDO	- PRESENTACIÓN (5 min)
	- INTRODUCCIÓN (30 min)
	  - Definición suicidio
	  - Magnitud del problema
	  - F. Riesgo y F. Protectores
	- ABORDAJE Y EVALUACIÓN (30min)
	  - Entrevista clínica
	  - Casos clínicos (35 min)
	- RESUMEN Y DUDAS (20 min)
		- RESUMEN y APORTACIONES (10 min)
		  - Escalas Autoevaluación y heteroaplicadas (20 min)
		  - Recomendaciones CÓMO evaluar el riesgo (30 min)
		- CRITERIOS DERIVACIÓN (15 min)
		- OTRAS INICIATIVAS (35 min)
		  - ¿Qué hacer tras el intento?
		  - Ayuda a familiares. DUELO

CONCLUSIONES

- SUICIDIO: Importante problema de salud pública.
  - Gran impacto económico, psicológico y social.
  - Tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes.
  - Una de las primeras causas de años de vida perdidos.
- Incremento en las tasas de suicidio en los últimos años.
- Atención primaria es el nexo entre el medio comunitario y los servicios de atención especializada. Papel de gran relevancia en la detección del riesgo de conductas suicidas.

CONCLUSIONES

- La falta de conocimientos y/o formación en el abordaje de pacientes en situación de riesgo impide la detección temprana y prevención primaria de este tipo de conductas.
- Programa de formación a enfermeras de atención primaria, junto con la dotación de herramientas de valoración del riesgo → detección + prevención.
- Estudios son escasos y los datos no son concluyentes, sería necesario una investigación más amplia y profunda para que los resultados fueran relevantes y generalizables.

CONCLUSIONES

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [accedido 14 de mayo 2014]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
2. Atlanta (GA): Departament health & Human Services; Preventing Suicide. Program Activities Guide. [citado 15 mayo 2014]. Disponible en: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingsuicide-a.pdf
3. Estrategia en salud mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Politica Social e Igualdad; 2011; (accedido 15 mayo 2014) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/salud mental/SaludMental2009-2013.pdf

CONCLUSIONES

4. Ayuso-Mateos JL , Baca-García E, Bobes, J, Giner, J, Giner, L., Pérez V et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España.Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2012; 5(1), 8-23.

5. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas e informes de políticas. Informe del departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Tóxicas de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht, (2004).

6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012.

TEMA 10. ARTERIOSCLEROSIS Y CARDIOPATIA ISQUEMICA.

ANA GÓMEZ UBIAÑO

CARMEN DÍAZ DÍAZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CLASIFICACIÓN Y SIGNIFICADO
3. CONSECUENCIAS CLÍNICAS
4. MECANISMOS DE FORMACIÓN DEL ATEROMA
5. FACTORES DE RIESGO

5.1. Edad y sexo.
5.2. Herencia.
5.3. Hipertensión arterial.
5.4. Diabetes mellitus

6. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO
7. CONCLUSIÓN
8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La arteriosclerosis es un término genérico que se refiere al engrosamiento y el endurecimiento de las arterias, independientemente de su tamaño, que desorganiza la arquitectura y función de los vasos y reduce en forma variable, el flujo sanguíneo al miocardio. Los trastornos más frecuentes son las arteriopatías coronarias, por arteriosclerosis en las arterias que irrigan el corazón (cardiopatía isquémica), y los accidentes cerebrovasculares por la afectación de las arterias que irrigan el cerebro.

2. CLASIFICACIÓN Y SIGNIFICADO

La OMS clasificó la arteriosclerosis de la siguiente manera:

a) Esclerosis de Monckeberg. Calcificación en la capa intermedia de las arterias de pequeño y mediano calibre, de menor significado en cuanto a la arteriosclerosis.

b) Arteriolosclerosis. Engrosamiento de las paredes de las arterias de pequeño calibre, asociada más frecuentemente a la hipertensión arterial o diabetes.

c) Aterosclerosis. Endurecimiento de las arterias de mediano y gran calibre, debido específicamente a una placa de ateroma. Esta se forma por un cúmulo de sustancias adiposas, entre ellas el colesterol y otros componentes como tejido fibroso y células inflamatorias, que se van pegando en la pared interna de las arterias. Su crecimiento dificulta el riego sanguíneo, dando lugar a la “trombosis” y otras complicaciones como rupturas, que provocan hemorragia y dilatación (formación de aneurismas).

3. CONSECUENCIAS CLÍNICAS

La afectación por la placa de ateroma es diferente según las arterias:

a) Arteria aorta: las lesiones más frecuentes son en la región lumbar y las arterias más afectadas son las carótidas, renales y mesentéricas, pudiendo presentarse problemas isquémicos en esos sitios.

b) Extremidades inferiores: la claudicación intermitente es la manifestación clínica más frecuente. Tiene mayor incidencia en diabéticos, en los que puede presentarse en forma de isquemia crítica (dolor en reposo o lesiones tróficas), con riesgo de pérdida de la extremidad en ausencia de tratamiento.

4. MECANISMOS DE FORMACIÓN DEL ATEROMA

- Los lípidos son insolubles en agua, por lo que se transportan en el plasma en forma de lipoproteínas. Los lípidos plasmáticos incluyen los triglicéridos (TAG), fosfolípidos, colesterol y en menor concentración ácidos grasos de cadena larga no esterificados.. Existen cuatro tipos de lipoproteínas en sangre, basados en su densidad: quilomicrones, VLDL (muy baja densidad), LDL (baja densidad) y HDL Argüeso, Meléndez Hevia. Las zonas arteriales más propensas a sufrir aterosclerosis son aquellas donde aparece una gran cantidad de lipoproteínas aterogénicas como LDL y lipoproteínas ricas en triglicéridos.

- Las placas ateromatosas están constituidas por lipoproteínas, en especial colesterol y ésteres de colesterol que se acumulan en la capa íntima y media, creciendo e invadiendo la luz arterial y provocando su estrechamiento gradual hasta impedir el riego sanguíneo más allá de la lesión o trombo.
- Los mecanismos celulares causantes de la enfermedad están relacionados también con una disfunción de las células endoteliales, que provoca un funcionamiento irregular del revestimiento interno del árbol vascular, dando lugar a un aumento de la permeabilidad y capacidad de adhesión de las plaquetas y glóbulos blancos y una disminución de las sustancias que dilatan los vasos y evitan la formación de trombos. Los procesos inflamatorios mediados por los macrófagos favorecen el desarrollo de las placas ateromatosas.

5. FACTORES DE RIESGO

La evolución de la aterosclerosis se inicia desde la niñez aunque suele ser a partir de los 50 años cuando surgen las complicaciones más graves debido a la formación de enfermedades isquémicas. Existe una relación entre la colesteloremia y la enfermedad cardiovascular (ECV), por lo que mantener valores normales de colesterol disminuye las muertes por cardiopatía isquémica. La lipoproteína LDL influye de forma negativa en el riesgo de ateromatosis y enfermedad cardiovascular. Por el contrario, la HDL funciona como protectora debido a que tiene mucha afinidad por el colesterol, extrayéndolo de los tejidos y de los depósitos en las arterias, y eliminándolo mediante transporte al hígado y excreción en forma de ácidos biliares y colesterol en heces.

El principal factor de riesgo de desarrollo de la aterosclerosis y cardiopatía isquémica es el estilo de vida (obesidad, falta de ejercicio, tabaquismo) que contribuye al desarrollo de los determinantes de la ateromatosis mencionados arriba. Otros factores son la edad y sexo, factores genéticos o enfermedades como la hipertensión o diabetes.

5.1. Edad y sexo.

Tanto la incidencia como la prevalencia de la ECV aumentan con la edad debido, entre otras causas, a las disfunciones del endotelio mencionadas arriba. En los hombres, la diferente proporción de andrógenos y estrógenos en relación a las mujeres, motiva una mayor predisposición inicial a la aterosclerosis, aunque en las mujeres aumenta después de la menopausia.

5.2. Herencia.

Los antecedentes de enfermedad vascular en los progenitores pueden pronosticar la aparición de la enfermedad vascular a edad temprana. La base genética es poligénica y asociada a otros factores de riesgo, como la hipertensión o la diabetes, y con menos frecuencia a mutaciones o polimorfismos de los genes relacionados con el metabolismo de las lipoproteínas, que originan altos niveles lipídicos en sangre (hipercolesterolemia familiar).

5.3. Hipertensión arterial.

Los valores elevados de presión arterial tienen incidencia en la ECV, insuficiencia renal y enfermedad cerebro vascular. Estos valores se pueden disminuir con medicamentos que reducen la mortalidad en los grupos de riesgo.

5.4. Diabetes mellitus

La diabetes está asociada a la obesidad, pudiendo considerarse una enfermedad crónica. El riesgo de padecer ECV en esos enfermos es 2-4 veces superior al de individuos sanos.

6. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

Se recomienda mantener los niveles de colesterol LDL inferiores a 100 mg/dL, lo cual, desde el punto de vista medioambiental se puede conseguir mediante un estilo de vida saludable. La hipercolesteloremia se puede controlar más directamente mediante fármacos como las estatinas que inhiben la síntesis del colesterol. Los accidentes cardiovasculares debidos a la aterosclerosis (infarto de miocardio o trombosis cerebrovascular) requieren medidas inmediatas para evitar la formación de trombos y restaurar el flujo coronario, mediante el tratamiento con anticoagulantes como la aspirina (ácido acetil salicílico), suministrada al comienzo de los síntomas en pacientes no alérgicos, u otras terapias invasivas, como cateterismo.

7. CONCLUSIÓN

Los mecanismos de la aterosclerosis están bien definidos (depósito de lípidos, respuesta inflamatoria y ruptura de placa), y se siguen estudiando intensamente para evitar la prevalencia y las altas tasas de mortalidad de esta patología cardiovascular. Al ser una enfermedad crónica, la prevención desde edades tempranas debe ser prioritaria. La estrategia más efectiva para reducir la formación de ateromas y sus complicaciones es actuar sobre los factores modificables relacionados con el estilo de vida (reducción de grasas no saturadas en la dieta, ejercicio, no fumar y otros).

8. BIBLIOGRAFÍA

- Argüeso Armesto R, Díaz Díaz JL, Díaz Peromingo JA., Rodríguez González A, Castro Mao M, Diz-Lois F. Lípidos, colesterol y lipoproteínas. Galicia Clin. 2011; 72 (Supl. 1): S7-S17.
- Badimón L, Martínez-González J. Disfunción endotelial. Rev Esp Cardiol Supl. 2006; 6(A):21-30. DOI: 10.1157/13087918
- Fernández Travieso JC. Consideraciones genéticas sobre las dislipidemias y la aterosclerosis. Revista CENIC Ciencias Biológicas. 2008; 39 (3): 161-172.
- Gutiérrez Abejón, E. La aterosclerosis como desencadenante de la patología cardiovascular. Biociencias. 2010; Vol. 8. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Alfonso X el Sabio, Madrid. ISSN: 1696-8077. Disponible en https://revistas.uax.es/index.php/biociencia/article/view/659

- Lahoz C, Mostaza JM. La aterosclerosis como enfermedad sistémica. Rev Esp Cardiol. 2007; 60(2): 184-195.
- Telich-Tarriba JE, Loredo-Mendoza ME, Bolaños-Jiménez R. Cardiopatía isquémica y aterosclerosis: la epidemia del siglo XXI. Aleph-Zero. 2011; No. 61, Escuela de Medicina, Universidad Panamericana, México. Disponible en http://www.comprendamos.org/alephzero/61/cardiopataisqum.html
- Záratea A, Manuel-Apolinara L, Basurtoa, L, De la Chesnayeb E, Saldívara I. Colesterol y aterosclerosis. Consideraciones históricas y tratamiento. Arch Cardiol Mex. 2016; 86(2): 63---169.

TEMA 11. ANSIEDAD: ACTUACION DE ENFERMERIA.

JUAN JOSE PECHE MERELO

ÍNDICE

- INTRODUCCION
- ACTUACION EN CRISIS DE ANSIEDAD. TECNICA DE JACOBSON
- GRUPOS MUSCULARES DE TRABAJO EN LA TECNICA DE JACOBSON
- CUIDADOS EMOCIONALES
- BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

La **ansiedad** es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

TIPOS DE ANSIEDAD:
Crisis de pánico, Agorafobia, Trastorno de ansiedad generalizada, Reacción en estrés agudo, Trastorno de adaptación, Trastorno de estrés postraumático…

ACTUACION EN CRISIS DE ANSIEDAD. TECNICA DE JACOBSON.

En la crisis de ansiedad la respiración suelen ser rápidas y superficiales, le pediremos al paciente que realice inspiraciones profundas y respire por la nariz, consiguiendo enlentecer la frecuencia respiratoria.

Una vez controlada la respiración se le aplica técnica de relajación de **Jacobson**, tumbándose en la camilla en un ambiente tranquilo y concentrándose en diferentes partes del cuerpo para intentar relajarlas.

Para favorecer la técnica y distender los músculos, adoptar una postura cómoda y realizar los ejercicios propuestos para cada uno de los grupos musculares, tensándolos primero y relajándolo después. Repetir la tensión-distensión dos o tres veces para cada grupo muscular.

GRUPOS MUSCULARES DE TRABAJO EN LA TECNICA DE JACOBSON

-Manos y muñecas. Cerrar con fuerza, notar la tensión y distender. Flexionar las muñecas de manera que las palmas de la mano apunten hacia el suelo y los dedos hacia el techo.

-Bíceps. Cerrar las manos y dejando los codos pegados al cuerpo, llevar los puños hacia los hombros.

-Hombros. Encoger los hombros llevándolos hacia arriba como quien quiere tocarse las orejas con ellos.

-Cejas y ojos. Levantar las cejas tan alto como se pueda hasta sentir la frente muy arrugada y los músculos tensos. Cerrar los ojos con fuerza hasta sentir la tensión.

-Boca, lengua. Cerrarla con fuerza apretando los dientes. Apretar la lengua contra el paladar superior.

- labios. Apretarlos sin que toque los dientes.

-Cuello, cabeza y nuca. Llevar la cabeza hacia delante y tratar de tocar el pecho con la barbilla. Presionar la cabeza sobre la superficie en que se apoya.

-Espalda. Arquear la espalda, separándola de la superficie en la que se apoya, llevando el pecho y el abdomen hacia delante, al mismo tiempo que se llevan los hombros hacia atrás como si quisiera juntar los omóplatos.

- Pecho. Inspirar despacio y profundamente llenando completamente los pulmones de aire y conservándolo durante unos momentos.

- Abdomen. Poner los músculos del abdomen en tensión.

- Glúteos. Ponerlos en tensión.

- Piernas. Estirarlas con fuerza hasta notar la tensión en toda la pierna y muslos.

- Pantorrillas. Apuntar con fuerza los dedos de los pies hacia la cabeza..

CUIDADOS EMOCIONALES

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

1.Comentar la experiencia emocional con el paciente y apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

2.Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza y que lo exprese.

3.Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza y escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

4.Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.

5.Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.

6.Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.

7.Estar con el paciente y dar sentimientos de seguridad

8.Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

9.No exigir demasiado el funcionamiento cognoscitivo cuando el paciente esté enfermo o fatigado.

10.Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

BIBLIOGRAFÍA

-Soto Loza et al. Urgencias y situaciones de crisis en psiquiatría. Editorial DOYMA. Barcelona.2000.

-CIE-10. Trastorno mentales y del comportamiento. Pautas diagnosticas y de actuación en atención primaria. Editorial IZQUIERDO S.A. Madrid.

-Clasificación de intervenciones de enfermería. 3ª Edición. Madrid., Proyecto de Clasificación de Resultados de enfermería (NOC) Iowa., 2005

TEMA 12.GUÍAS Y RECURSOS DE INSERCIÓN SOCIAL ANTE EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.

Mª ASCENSIÓN AVILÉS CONESA

Mª JESÚS AVILÉS CONESA

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se debe considerar una oportunidad social, con perspectivas económicas, sanitarias y sociales a nivel europeo.

El concepto de envejecimiento activo (EA) según las OMS dice que es "el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen".

Ampliando este concepto, el EA como un ciclo vital activo e implicado que permita la gestión y responsabilización de la propia vida y el establecimiento de proyectos personales.

Las guías nacionales y europeas para promocionar el EA centran su atención en:

1. Condiciones reglamentarias y de normalización, para facilitar y permitir soluciones innovadoras para el envejecimiento activo y saludable.
2. Condiciones del mercado para facilitar la cooperación entre los diversos grupos de interés.
3. Condiciones de financiación efectiva y Base de Evidencia, ejemplos de referencia, depositario de la innovación amigable con los mayores.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este estudio han sido:

- Incentivar el envejecimiento activo de forma saludable e innovador.
- Conocer los recursos y proyectos sociales destinados al envejecimiento activo.
- Promover la autonomía y los recursos sanitarios a los grandes mayores.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva donde se han consultado bases de datos en Pubmed, Medline y Scielo, así como en guías clínicas y Medicina Basada en la Evidencia.

Se hizo la búsqueda en un periodo atemporal desde 2013 hasta 2018.

Se encontraron 83 artículos, de los cuales se seleccionaron 8 por su relevancia.

Descriptores: guías, recursos, inserción social, envejecimiento, prevención.

RESULTADOS

Las guías regionales de EA fomentan la interacción entre el apoyo social percibido, el estado emocional adaptativo y las actitudes positivas hacia la vejez y el envejecimiento, siendo un potente protector para conservar un adecuado bienestar emocional y fisiológico. También incluyen recomendaciones, cuidados, uso adecuado sobre nuestra salud y el conocimiento de los Servicios Sociales de nuestros municipios para encontrar ayuda a otros problemas como: Recursos económicos insuficientes. Pérdida de autonomía y de necesidad de apoyo: tele-asistencia, servicio de apoyo a domicilio, centro de día, residencia para estancia temporal, alojamientos alternativos a la vivienda habitual). Recursos sanitarios.

CONCLUSIÓN

El envejecimiento activo saludable es uno de los mayores logros de la sociedad moderna. Su importancia socio-económica y de calidad de vida a nivel individual y regional, favorecerá futuros proyectos innovadores y de políticas positivas para esta población considerada activa.

Teniendo en cuenta que nuestra sociedad va haciéndose cada vez más vieja, es imprescindible establecer y priorizar determinadas bases sociales y culturales que favorezcan la formación de guías específicas para nuestro futuro inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cardona-Arango, D., Peláez, E. Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. 14-jul-2015. http://hdl.handle.net/10946/3638
2. Louro Bernal I., Bayarre Vea H., Alvarez Lauzarique M.E. Familial and health implications of the population aging for the universal health coverage. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015; 41(Suppl 1).
3. González Rodríguez R, Cardentey García J, Otaño Arteaga A, Pérez González R. Aspectos epidemiológicos relacionados al envejecimiento poblacional en un área de salud. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [revista en Internet]. 2015; 40(12).
4. Cardona Arango D. Envejecimiento poblacional: reto a la salud pública. 2013; CES Salud Pública. 4:82-83.

TEMA 13. ACTUALIDAD EN TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN DEPORTIVA.

ESTEBAN ROMERO BERNAL

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN……3
- OBJETIVOS…….....6
- METODOLOGÍA……7
- RESULTADOS……..8
- CONCLUSIÓN ……..9
- BIBLIOGRAFÍA……....11

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación deportiva, también conocida como fisioterapia del deporte, es la especialidad de la fisioterapia que trata o previene mediante los agentes físicos las enfermedades que se desarrollan en la práctica deportiva. Al ser el deporte un estilo de vida en la actualidad, además del deporte a nivel profesional, se crea la necesidad y demanda de un profesional sanitario especialista capacitado para dar respuestas de demostrada eficacia a los problemas y lesiones que esta práctica implica.

El deportista debe ser muy disciplinado y a menudo se requiere que tenga, junto con el médico y el fisioterapeuta, una fuerte motivación para lograr el resultado deseado. Es crucial para él estar continuamente instruido y, si es necesario, conservar un registro diario del entrenamiento y el dolor para controlar su respuesta al entrenamiento.

Para las lesiones que requieren un período prolongado de rehabilitación, los profesionales sanitarios pueden considerarse más entrenadores que cuidadores. Las técnicas de rehabilitación deportiva más utilizadas son:

1. Crioterapia: Se utiliza de muy diversas formas donde los más destacados son el Masaje con hielo (post-competición), los Baños de Inmersión (en esta técnica se combina la crioterapia y la hidroterapia) las Crio-Saunas y aplicaciones con chorro frío. Los mejores resultados se obtienen con baños de inmersión, duchas frías y el masaje post-competición con hielo. La duración de la aplicación no debe exceder de 10 minutos.
2. Vendaje funcional: Con esta técnica conseguiremos limitar la movilidad del tejido lesionado sin repercutir sobre la funcionalidad, evitando así todos los inconvenientes derivados de una inmovilización

estricta, mejorando la movilización posterior y la calidad del tejido cicatricial.

3. Electroterapia: Estimulando la actividad celular podemos acelerar cambios, podemos reducir el tiempo de recuperación tras un esfuerzo en el deporte y acelerar la regeneración de heridas.

4. Drenaje linfático manual: favorecemos la eliminación por vía linfática de los restos de células y tejidos lesionados, así como el líquido acumulado en la zona dañada, evitando de esta manera su encapsulamiento y una posible fibrosis.

OBJETIVOS

El principal objetivo del estadio agudo es que la lesión no empeore, y el deportista a menudo tendrá que reducir la participación en la rutina del entrenamiento o en la competición, o detenerlas por completo.
El tipo de lesión y el deporte que practica determinarán cuánto tiempo deberá permanecer alejado de la actividad.

- Objetivo Preventivo: Evitar la aparición de lesiones y optimizar el rendimiento deportivo
- Objetivo Terapéutico: Tratar las lesiones, rehabilitando las funciones y readaptándolas al entrenamiento deportivo.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda sistemática bibliográfica donde se han encontrado 21 artículos referentes, en diferentes bases de datos, de los cuales nos hemos interesado por 6 artículos.

Hemos utilizado fuentes bibliográficas como Pubmed, Medlineplus, Scielo, Cochrane, Uptodate, asociaciones como AEFI y guías clínicas de la IFGM y Elsevier.

Además, hemos leído algunos artículos en revistas específicas relacionadas con profesionales de fisioterapia, rehabilitación y algunos de educación deportiva y medicina del deporte. Nuestro periodo de estudio se ha centrado en los últimos cinco años.

Descriptores: “TÉCNICAS”, “FISIOTERAPIA”, “REHABILITACIÓN DEPORTIVA”, “PREVENCIÓN”.

RESULTADOS

El fisioterapeuta deportivo debe conocer en profundidad la anatomía, la fisiología y la mecánica de la lesión deportiva sobre la cual aplicará, a partir del diagnóstico médico, un protocolo correcto de actuación terapéutica eficaz para recuperar lo antes posible a un paciente o para prevenir la aparición de lesiones derivadas por ejemplo de una mala praxis. Además, el fisioterapeuta especializado en el deporte debe dominar técnicas de terapia manual como pueden ser el masaje deportivo, la terapia manual, estiramientos pasivos y activos, propiocepción, kinesiotaping, vendajes funcionales, cyriax, ventosas, masoterapia, kinesioterapia, métodos propioceptivos de recuperación funcional, vendajes funcionales, estiramientos analíticos, isocinética, hidroterapia, crioterapia, termoterapia y electroterapia entre otras disciplinas.

CONCLUSIÓN

La Fisioterapia actual evoluciona permanentemente no sólo en la aparición de nuevas técnicas terapéuticas sino hacia una combinación de medidas de tratamiento activas y pasivas según se actúe sobre las funciones preventivas o terapéuticas.

El fortalecimiento después de una lesión deportiva es de suma importancia para el retorno a su actividad deportiva, por lo que un buen programa de rehabilitación debe lograr el incremento de la fuerza muscular.

Con el tratamiento adecuado y un plan de rehabilitación meticuloso, en la mayoría de las veces es posible regresar, incluso, a competencias atléticas después de una lesión deportiva.

Actualmente, el fisioterapeuta del deporte está integrado dentro de la plantilla técnica de los clubes y equipos deportivos, así como en pabellones, piscinas, gimnasios y gabinetes de ejercicio liberal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vera-García F.J. , Barbado D., Moreno-Pérez V., Hernández-Sánchez S., Juan-Recio C., Elvira J.L.L. Core stability. Concepto y aportaciones al entrenamiento y la prevención de lesiones. Revista Andaluza de Medicina del Deporte. 2015; 8(2): 79-85
2. Abenza Cano Lucía. La readaptación físico-deportiva de lesiones: aplicación práctica metodológica. CPD [Internet]. 2014 Enero; 14(1): 127-128. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232014000100016&lng=es
3. Zurita Ortega F., Fernández García R., Cachón Zagalaz J., Linares Girela D., Pérez Cortés A.J.. Aspectos psicosomáticos implicados en las lesiones deportivas. CPD [Internet]. 2014 Mayo; 14 (2): 81-88.

TEMA 14. INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN RECIÉN NACIDOS.

Mª JESÚS AVILÉS CONESA
Mª ASCENSIÓN AVILÉS CONESA

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

La infección por citomegalovirus (CMV) es muy frecuente a nivel mundial y las mujeres están constantemente expuestas al contagio durante el embarazo, con el consecuente riesgo de transmisión vertical.

La embarazada cursa con infección asintomática y el diagnóstico solo se sospecha debido al hallazgo de múltiples anormalidades fetales en el estudio ecográfico fetal. Otras mujeres sin embargo pudieran recordar un episodio similar a un cuadro gripal, con fiebre, astenia, lifadenopatías y artromialgias.

Al nacer, solo 10 a 15% de los recién nacidos presentan síntomas, siendo las alteraciones auditivas y el desarrollo neurológico los más frecuentemente comprometidos.

El citomegalovirus (CMV) pertenece a la familia del herpes virus, siendo muy común entre toda la población.

El herpes virus llamado citomegalovirus (CMV) muy común entre la población, puede transmitirse de forma perinatal

durante el parto, la lactancia materna, las transfusiones de hemoderivados o por infecciones nosocomiales. A su vez puede transmitirse por la placenta e intrauterinamente.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de este estudio han sido:

- Promover las medidas de prevención durante el embarazo.
- Incentivar futuros estudios para disminuir las patologías posteriores que pueden aparecen en el feto o recién nacido.
- Favorecer la prevención profiláctica mediante el uso de futuras vacunas antivirales del CMV ante embarazos de riesgo.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica mediante revisión bibliográfica de una gran cantidad de artículos, textos y libros en diferentes bases de datos como como Pubmed, Cinhal, Cuiden y en guías clínicas como Fisterra, DataBase... También se encontraron artículos de revistas científicas y libro de pediatría.También se encontraron artículos de revistas científicas y en bibliotecas científicas online como Scielo.

Se buscaron en un período temporal (2013-2018).

Entre las 55 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 7 para un análisis inteligente.

Descriptores: INFECCIÓN, CITOMEGALOVIRUS, RECIÉN NACIDO, EMBARAZO, PATOLOGÍA.

RESULTADOS

Ante la sospecha de infección congénita por CMV es importante un adecuado diagnóstico y seguimiento de las gestantes, debido a las importantes secuelas que la infección pueda generar en los fetos.

La infección por CMV puede ocasionar graves lesiones en RN. Puede ocasionar patologías diversas cuya sintomatología característica suele ser: partos prematuros, tamaño reducido para la edad gestacional, microcefalia, ictericia, dificultad para comer, erupciones, convulsiones y problemas de riñón o hígado. También pueden presentarse una serie de anomalías neurológicas como retraso mental, pérdida auditiva o visual, problemas de aprendizaje, cognitivos…e incluso la muerte.

CONCLUSIÓN

A día de hoy solo disponemos de medidas higiénico-sanitarias para la prevención de la infección durante la gestación, a la espera de resultados en el desarrollo de una nueva vacuna contra el CMV y de estudios multicéntricos controlados que avalen el uso o no de antivirales e inmunoglobulinas en gestantes infectadas por CMV.

Las nuevas tecnologías y el avance progresivo de la ciencia harán posible descubrir nuevos antivirales orales inocuos al feto, muy eficaces contra estas infecciones. Se crearán nuevas vacunas antivirales para embarazadas de alto riesgo e incluso nuevos medicamentos biológicos y otras alternativas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sordelli N., Sapia E., Delgado M., Mistchenko A., Dastugue M. Infección sintomática por citomegalovirus a través de la lactancia materna en un niño de 45 días. Arch. argent. pediatr. [Internet]. 2015 Jun; 113(3): e145-e148.
2. Moraes M., Gesuele J.P., Rodríguez A., Vaz Ferreira C., Buonomo F., Ghione A. et al . Infección congénita por citomegalovirus: Primer reporte nacional de tratamiento con valganciclovir vía oral en recién nacidos. Arch. Pediatr. Urug. 2013 Dic; 84(4): 275-280.
3. Álvarez Domínguez E., Figueras Aloy J., Botet Mussons F., Marcos Maeso M.A., Pérez Fernández J.M. Cribado de la infección por citomegalovirus en recién nacidos de muy bajo peso. Anales de Pediatría Volume 79, Issue 1, July 2013, Pages 3-9.

TEMA 15.CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS MÁS NOVEDOSAS EN EL TRASTORNO BIPOLAR EN FASE DE MANÍA.

ANTONIO JAVIER GUILLAMÓN MARÍN

MARIA JOSÉ GUILLAMÓN MARÍN

ÍNDICE

- Definición de Trastorno Bipolar.
- Características del estado de Manía.
- Características del estado depresivo.
- Comorbilidad.
- Cuidados de Enfermería (PAE):
    - Valoración
    - Diagnósticos.
    - Planificación, Ejecución y Evaluación.
- Tratamiento con litio.
- Conclusión de los cuidados de Enfermería.
- Bibliografía.

1. DEFINICIÓN DE TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar, es una enfermedad crónica e incapacitante que se caracteriza por provocar en la persona afectada cambios patológicos y recurrentes en el estado de ánimo, de tal modo que se van a alternar períodos de una profunda exaltación y un nivel de actividad exagerados (manía o hipomanía), con períodos de depresión. Generalmente suele producirse un retorno al estado previo de funcionamiento entre los diferentes episodios (estado de eutimia).

Aunque se piensa que puede estar infradiagnosticado, se estima una prevalencia de entre el 1 y el 2.5%. La edad de aparición se sitúa en el intervalo de 15-19 años, encontrándose en los inicios más precoces un claro factor hereditario. En este sentido, el primer

Según DSM-V, se pueden distinguir dos tipos de TB:

- TB1: Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaníacos o episodios de depresión mayor.
- TB2: Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario que se cumplan los criterios para un episodio hipomaníaco actual o pasado *y* los criterios siguientes para un episodio de depresión mayor actual o pasado.

Dentro de estos dos tipos encontramos dos cuadros que son completamente diferentes. Estos son episodio maníaco y episodio de depresión mayor.

2. CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DE MANÍA.

Según el DSM-V, se entiende por episodio maníaco un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura como mínimo una semana y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).

A. Durante el período de aumento de la energía, existen tres (o más) de los síntomas siguientes y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:

1. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
2. Disminución de la necesidad de dormir.
3. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
4. Fuga de ideas o taquipsiquia.
5. Facilidad de distracción.
6. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo o agitación.
7. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias perjudiciales para la persona .

B. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

3. CARACTERÍSTICAS DEL ESTADO DEPRESIVO.

Según el DSM-V, se entiende por episodio de depresión mayor aquel que presentan cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de dos semanas estando presente la mayor parte de los días y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
3. Pérdida/Aumento importante de peso sin hacer dieta o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o retraso psicomotor.
6. Pérdida de la energía.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones.
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa.

4. COMORBILIDAD.

Las coincidencias más frecuentes con el trastorno mental(9)(10) son:

- Alcoholismo (muy frecuente). Suele ser un factor premórbido que precede entorno a un año al episodio maníaco.
- Consumo de cannabis. Agrava el curso del TB más que desencadenar su debut.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Alteraciones del control de impulso.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos de la conducta alimentaria (bulimia).
- Suicidio. Con mayor frecuencia en el inicio de los episodios de manía. En este sentido, en la fase depresiva es donde presentan la ideación suicida, o incluso el plan suicida. Pero es en el inicio de la fase de manía cuando realizan el acto suicida una parte significativa de los pacientes.

5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Tras exponer los dos cuadros afectivos más importantes en el Trastorno bipolar (fase manía y fase depresión mayor), se puede apreciar a simple vista que son notablemente contrapuestos. Esto hace que los cuidados de enfermería que se requieran para cada uno de ellos sean destacadamente diferentes. A lo largo de este capítulo nos centraremos en los cuidados referidos al episodio maníaco.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona, familia o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería, ya sea en el hospital, en el centro de salud o en su propio domicilio.

En este sentido, se utiliza para ello la metodología enfermera a través del plan individualizado, empleando las herramientas específicas NANDA, NOC Y NIC.

El proceso de atención de enfermería consta de varias fases que son Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

A. VALORACIÓN

A continuación se expone el esquema de los aspectos más importantes a valorar en un paciente en estado de manía.

Para ello, se utiliza como valoración de Enfermería los Patrones Funcionales de Marjory Gordon. El objetivo es obtener la mayor información posible para averiguar si hay algún patrón que esté alterado. De esta manera, cuando hagamos el plan de cuidados, será mucho más fácil saber en qué aspectos de la vida del paciente hay que centrarse para mejorar su calidad de vida.

1. **Percepción – Manejo de la Salud.**

a. Cómo te encuentras. ¿Por qué estás ingresado? (para valorar el «insight» del paciente)

b. Higiene corporal: Vestido y Aseo.

c. ¿Cómo consideras que es tu estado de salud? (valoramos la percepción que tiene el paciente sobre su salud)

d. Hábitos tóxicos: Fumador y cantidad. Café. Drogas.

e. Antecedentes médicos. Alergias. Ingresos hospitalarios previos (en salud mental).

g. Qué tratamiento tomas. Para qué lo tomas. En casa te preparabas la medicación. Se te olvidaba alguna toma.

Generalmente, las personas en estado maniaco no tienen conciencia de padecer una alteración del estado de ánimo. Se sienten pletóricas, hiperactivas y rechazan cualquier intento de ayuda. Se hace, pues muy difícil que acepten el cumplimiento del tratamiento prescrito.

Uso y consumo de sustancias toxicas: drogas ilegales, alcohol, fármacos, etc.

Suelen presentar un importante riesgo de presentar lesiones por accidente.

2. Nutricional – Metabólico.

a. IMC.

b. Problemas relacionados con la ingesta (ausencia piezas dentales, difagia, etc.).

c. Horario de comidas.

f. Aspecto/Estado de la piel. (presencia de úlceras u otras alteraciones dérmicas que denote falta de ingesta de líquidos, nutrientes, etc.) Si existe alteración, muy útil escala Norton y escala Braden.

Se produce malnutrición debido al incumplimiento de los requerimientos nutricionales básicos por incapacidad para centrarse en la necesidad de alimentarse. Por tanto, se presenta pérdida de peso.

En general, los pacientes con episodio de mania comen cualquier cosa, sin masticar casi, y no respetan un horario básico o una regularidad.

3. Eliminación.

a. Patrón urinario.

b. Patrón intestinal. Nº veces/semana. Dolor, sangrado.

c. Sudoración.

Con el episodio de manía están relacionados el estreñimiento y otras alteraciones relacionadas con los desarreglos metabólicos y nutricionales. En cambio, cuando ocurren episodios de diarrea suelen ser secundarias a altos niveles de litio en sangre.

4. Actividad – Ejercicio.

a. Tensión Arterial. FC. SatO2. ECG.
b. Movilidad.
c. Actividades diarias.
d. Estilo de vida. Ocio. Tiempo que le dedica.

- Muy útil la escala Katz, Barthel (para ABVD) y la escala Lawton y Brody (para AIVD).
- Se muestran hiperactivos, infatigables, centrados en proyectos inadecuados. Inquietud psicomotriz.

5. Sueño – Reposo.

a. Tiempo dedicado al sueño. Siesta. Hora de acostarse/levantarse.
b. Uso de fármacos para dormir.
c. Consumo de sustancias estimulantes.
d. Alteraciones en el sueño debido a factores internos o externos (Apnea del sueño, ronquidos de la pareja, etc.)

- Los pacientes en estado maniaco no duermen, porque no sienten la necesidad de hacerlo. Se produce perdida del ritmo circadiano. Tendencia a dormir fuera de horas.

6. Cognitivo – Perceptual.

a. Nivel de consciencia /Orientación. Si existe alteración, muy útil escala Glasgow.

b. Conciencia de realidad.

c. Sentidos (Vista. Oído. Olfato.)

d. Percepción de dolor. Si existe alteración, muy útil escala EVA.

e. Problemas para expresar ideas.

f. Grado de concentración. Síntomas depresivos, Fobias, Miedos

g. Conducta: Irritabilidad, Intranquilidad, Agitación.

- Presentan un alto grado de distraibilidad, y les resulta difícil, cuando no imposible, concentrar su atención en cuestiones que estén fuera de su ámbito de interés. Incluso sobre estos temas de interés tampoco permanecen centrados durante mucho tiempo.
- Presentan humor altamente variable, de la euforia a la irritación extrema, cambiando con suma facilidad y sin razón aparente.
- En la exploración psicopatológica encontraremos con frecuencia: Verborrea. Lenguaje provocador/seductor. Taquipsiquia. Dificultades para concentrarse y de memoria. Exacerbación del rendimiento intelectual, pero en general ineficaz. Alteraciones formales del pensamiento (asociaciones laxas, tangencialidad, etc.). Hipersensible a los estímulos externos.

7. Autopercepción – Autoconcepto.

a. Cómo te percibes a ti mismo.
b. Cómo crees que te perciben los demás.
c. Postura. Patrón de voz. Contacto visual.
d. Estado de ánimo. Nerviosismo.

- Pueden darse alteraciones psicóticas congruentes con el estado de ánimo. En este caso, los más destacado serían los delirios de grandeza.
- También destaca el contacto excesivamente cercano (incluso a veces inapropiado), caracterizado por esa pérdida de pudor y por la invasión constante del espacio personal de la persona a la que se está dirigiendo.

8. Rol – Relaciones.

a. Estructura familiar. Rol en la familia. Apoyo familiar.
b. Principal cuidador.
c. Grupo social: Amigos, compañeros del trabajo, etc.

- Actividad social intensa. Abandono de las responsabilidades inherentes al rol social. Conductas extravagantes y osadas. Proyectos ruinosos. Falta de límites: indiscreción, intromisión en el espacio social y personal ajeno, etc.

9. Sexualidad – Reproductivo.

a. Frecuencia de las relaciones sexuales.
b. Uso de medidas profilácticas.
c. Problemas sexuales. Impotencia.
d. Disminución de la libido.

- Durante el episodio maníaco: Hiperactividad sexual. Promiscuidad, sin prestar atención a tomar medidas profilácticas. Conductas de acoso.
- Durante el estado de eutimia, con frecuencia, suele ser una de las principales causas de abandono del tratamiento.

10. Adaptación – Tolerancia al estrés.

a. Cambios importantes en su vida en los dos últimos años.

b. Qué le ayuda a aliviar la tensión o el estrés.

- Las actitudes de afrontamiento del estrés son inadecuadas e improductivas. Esto puede desencadenar en una conducta agresiva.

11. Religión – Creencias.

a. Qué esperas de la estancia en el centro.

b. Qué te gustaría hacer cuando te den el alta.

- Importante valorar los planes de cara al alta para saber el grado de recuperación del paciente.
- Existe una expresión verbal exacerbada de ciertos valores universales: amistad, compromiso, lealtad, etc.

B. DIAGNÓSTICOS

00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO.

00099 MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD.

00011 ESTREÑIMIENTO.

00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Vestido.

00095 INSOMNIO.

00130 TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO.

00055 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL.

C. PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

Dx NANDA: 00055 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL.

“Alteración en el desempeño del rol, relacionada con conducta desorganizada.”

NOC:

- El paciente asumirá constructivamente su rol de persona con limitaciones o nuevas necesidades.

Dx NANDA: 00055 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL.

NIC:

- Identificación de los roles anteriores y elección de aquellos que se pueden mantener o recuperar.
- Enmarcar adecuadamente las características propias de cada rol, para no mezclar actitudes que generen conflicto.
- Refuerzo positivo al mantenimiento de actividades habituales anteriores a la aparición del trastorno.
- Enseñar a las personas implicadas en las distintas esferas sociales del paciente a manejar las situaciones, mostrando tolerancia y ofreciendo ayuda.
- Refuerzo positivo a las verbalizaciones de deseo de independencia y de sentido de responsabilidad del paciente

Dx NANDA: 00095 INSOMNIO

"Insomnio relacionado con deterioro del patrón normal manifestado por informar de despertar demasiado temprano, informar de dificultad para conciliar el sueño, informar de dificultad para permanecer dormido."

NOC:

- Descanso.

Dx NANDA: 00095 INSOMNIO

NIC:

- Manejo ambiental.
- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, excesos de calefacción o frio.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos cuando sea posible.

Dx NANDA: 00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO.

“Incumplimiento del tratamiento psicoterapéutico/farmacológico, relacionado con ideas erróneas sobre la propia salud”

NOC*:*

El paciente asumirá las pautas de tratamiento establecidas.

Dx NANDA: 00078 MANEJO

NIC:

• Programas de psicoeducación: conocimiento de las terapias utilizadas y sus efectos.

• Valorar presencia de efectos indeseables.

• Ajustar pautas de tratamiento al ciclo vital del paciente para evitar su rechazo.

• En situaciones de crisis, rediseñar conjuntamente con el equipo terapéutico las dosis y vías de administración que aseguren la eficacia de los tratamientos farmacológicos.

6. TRATAMIENTO CON LITIO.

Litio es un fármaco eutimizante que se utiliza para alcanzar el grado adecuado de estabilidad afectiva en pacientes con trastorno bipolar. Precauciones específicas:

- Margen terapéutico estrecho. Esto supone que requerirá analíticas de forma periódica.
- La deshidratación (sudoración excesiva, diarreas, vómitos, baja ingesta hídrica, etc.) puede suponer un desencadenante de una intoxicación por litio debido a la depleción del volumen intravascular.
- Las dietas bajas en sodio implican una intoxicación por litio. Es imprescindible recordar a los pacientes en tratamiento con litio que deben consumir sal común en la dieta.
- Precaución en ancianos, en insuficiencia renal o tiroidea (hipotiroidismo), o en tratamiento con otros fármacos (por la interacción medicamentosa. Ej: AINEs, IECAs, Haloperidol (toxicidad neurológica)).

CONTRAINDICACIONES DEL LITIO:

- Embarazo y lactancia. Atraviesa la barrera placentaria y produce malformaciones fetales. También se difunde por la leche materna.
- Deshidratación o depleción sérica de sodio.
- Hipersensibilidad a litio.
- Insuficiencia renal.

INTOXICACIÓN POR LITIO:

- Hipotiroidismo, poliuria y polidipsia, hipercalcemia.
- Somnolencia, cansancio, debilidad muscular, irritabilidad muscular, temblor, cefalea, confusión, palabra gangosa, dificultad para concentrarse, rigidez en "rueda dentada", hiperreflexia, hipertonía.
- Alteraciones de la onda T en el ECG.
- Anorexia, nauseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, distensión abdominal, estreñimiento.
- Leucocitosis.

ESTUDIOS:

Existe una **Guía de Práctica Clínica (1**) que habla de diversas actuaciones para mejorar la calidad de vida de pacientes en tratamiento con litio.

En este sentido, pacientes que presentan psicosis, se busca combinar antipsicóticos con litio, así como trabajar diversas habilidades sociales con el objetivo de que se les permita tener actividades sociales que mejoren su calidad de la vida.

No obstante, la GPC aconseja remitir al paciente a Tratamiento Comunitario Asertivo para obtener con el paciente unos mejores resultados en cuanto a la calidad de vida, síntomas y satisfacción con los cuidados y recomienda asegurarse de que el paciente reciba los servicios necesarios cuando es incapaz de obtener estos servicios independientemente.

Otra de las **Guía de Práctica Clínica(**2**)** cuyo objetivo es facilitar el manejo de la medicación a aquellos pacientes con problemas de comportamiento y dificultades de aprendizaje (incluye los que toman Litio como estabilizador del humor) para conducirles a una mejor calidad de la vida.

Ésta señala que se debe trazar un Plan de Tratamiento, por escrito (a corto, medio o largo plazo) y entre otras actuaciones recomienda supervisar resultados y efectos nocivos, convenir pautas de toma del tratamiento y formas de hacerlo, seguimiento y temas que aborden la mejora de la calidad de la vida, evaluando el perfil de la riesgo-ventaja regularmente. La GPC también señala que igual que se debe monitorizar la calidad de vida del paciente, se debe de hacer de su cuidador.

En un **ensayo clínico controlado(3)** que demuestra los efectos de la educación en cuanto a la medicación, síntomas y calidad de la vida de los pacientes no internados, tratados con litio para el trastorno bipolar compara a un total 26 pacientes (14 en estudio y 12 en control). En el estudio impartieron a los pacientes un programa corto de educación sobre el trastorno bipolar y la terapia de litio, en tres sesiones. Los datos fueron recogidos de ambos grupos usando el inventario breve *Brief Symptom Inventory*, y la escala *WHO Quality of Life Scale* antes y después la intervención.

Al final de 3 meses no había diferencia en el grupo control, pero el grupo a estudio tenía un aumento en conocimiento de la medicación, una disminución del nivel de los síntomas, un aumento en la calidad de la vida y un uso más regular de la medicación.

En un **estudio**(4) sobre el seguimiento en una clínica de la terapia de litio en pacientes con trastorno bipolar cuyo propósito es describir el funcionamiento eficaz del litio bajo control y seguimiento de enfermería.

Este estudio describe que durante los primeros diez meses de su uso, incluyeron a 40 pacientes que acudieron a 122 citas, la no asistencia fue del 8.62%. El 20% (8/40) de las tasas de litio al comienzo del seguimiento fueron inferiores a 0.5% mmol/l mientras que al final, sólo el 5.3% (2/38) estuvieron por debajo de 0.5% mmol/l .

Esto supone que los pacientes bajo seguimiento por enfermería tuvieron una mejor adherencia al tratamiento pautado.

Un **ensayo clínico** (5) estudia los motivos de la No-adherencia al tratamiento con Litio. Señalando varios factores relacionados con esta y la reducción de la eficacia, tal como los diversos tipos de desorden bipolar, presencia de efectos secundarios, interacciones de la medicación, nivel del conocimiento del paciente sobre el desorden y actitud hacia el tratamiento, complejidad de regímenes médicos y la relación del médico-paciente.

En este sentido, fueron escogidos 106 pacientes no internados con trast. bipolar bajo tratamiento del litio. Contestaron al Cuestionario de las Actitudes ante el litio (LAQ), a la Test del Conocimiento del Litio (LKT), a la Escala de Grado de la Adherencia a la Medicación (MARTE) y tenían medidas del litio en plasma y sangre para determinar su adherencia a la medicación y los factores que la influenciaron.

Por tanto, según el ensayo clínico (5) el 85.6% tenían adherencia al tratamiento, demostrado por la tasa de litio en plasma (entre 0.6 y 1.2 mmol/L). Los resultados confirmaron que el nivel del conocimiento está correlacionado directamente a la adherencia del tratamiento y las actitudes de los pacientes, una adherencia más baja, oposición general a la profilaxis, miedo de efectos secundarios, negación de la eficacia terapéutica y severidad de la enfermedad.

7. CONCLUSIONES DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

En resumen, con el plan de cuidados para personas con trastornos bipolar se busca:

- Establecer comunicación y construir una relación terapéutica de confianza.
- Disminuir la hiperactividad, la ansiedad y la agitación bien administrando medicamentos previamente prescritos o disminuyendo los estímulos del medio ambiente siempre que sea posible.
- Favorecer el descanso y el sueño.
- Proporcionar una dieta nutritiva, equilibrada y suficiente.
- Proporcionar apoyo emocional.
- Procurar que el paciente no realice conductas de riesgo durante la fase aguda.
- Favorecer la adherencia al tratamiento.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012

2. Eduard Vieta, Francesc Colom. Bipolar disorder in adults: Psychoeducation and other adjunctive maintenance psychotherapies. This topic last updated: Jun 07, 2017.

3. Chen R, Xi Y, Wang X, Li Y, He Y, Luo J. Perception of inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder on a group-based Psychoeducation program: a qualitative study. BMC Psychiatry. 2018 Jan 30;18(1):26.

4. Etain B, Scott J, Cochet B, Bellivier F, Boudebesse C, Drancourt N, Lauer S, Dusser I, Yon L, Fouques D, Richard JR, Lajnef M, Leboyer M, Henry C. A study of the real-world effectiveness of group psychoeducation for bipolar disorders: Is change in illness perception a key mediator of benefit? J Affect Disord. 2018 Feb;227:713-720.

5. Chen, C.-K., Lee, C.-S., Chen, H.-Y., Wu, L. S.-H., Chang, J.-C., Liu, C.-Y., & Cheng, A. T.-A. (2016). GADL1 variant and medication adherence in predicting response to lithium maintenance treatment in bipolar I disorder. *BJPsych Open*, *2*(5), 301-306.

6. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. (2012). Guías de práctica clínica sobre trastorno bipolar. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

7. Crowe, M., Whitehead, L., Wilson, L., Carlyle, D., O'Brien, A., Inder, M., & Joyce, P. (2010). Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder--a systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(7), 896-908.

8. De Souza, C., Vedana, K. G. G., Mercedes, B. P. do C., & Miasso, A. I. (2013). Bipolar disorder and medication: adherence, patients's knowledge and serum monitoring of lithium carbonate. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, *21*(2), 624-631.

9. Kemp DE. Enfermedades físicas y uso de sustancias comórbidas en el trastorno bipolar. Psiquiatría Biológica 2010; 17(04):127.

10. Melich MT. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones: Revista de socidrogalcohol 2008;20 (4):315-319.

TEMA 16. ENFERMADADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

ALEJANDRA ROZADA GARCÍA

ÍNDICE

.DEFINICIÓN 1
.CAUSAS 2
.ETS DURANTE EL EMBARAZO 3
.SÍNTOMAS 4
.PREVENCIÓN 5

DEFINICIÓN 1

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son las dolencias que suelen , o pueden , transmitirse a través de una actividad sexual íntima , ya sea heterosexual u homosexual (1).

CAUSAS 2

Las causas de las ETS son las bacterias , parásitos ,hongos y virus. Existen mas de veinte tipos de ETS , que, incluyen :

.Clamidia
.Herpes genital
.Gonorrea
.VIH/Sida
.VPH
.Sífilis
.Tricomoniasis

ETS DURANTE EL EMBARAZO 3

Si una mujer embarazada padece ETS , puede causarle graves problemas de salud (2). El embarazo no ofrece a las mujeres ni a sus bebes ninguna protección adicional contra las ETS . Si una mujer esta embarazada debe hacerse las pruebas de detección de ETS , incluido el VIH como parte de la atención medica rutinaria durante el embarazo. Las consecuencias de una ETS durante el embarazo pueden ser muy graves e incluso mortales , si se infecta durante el embarazo. Si se lo diagnostican debe de dar tratamiento y su pareja también.

SÍNTOMAS 4

Los síntomas de las ETS no siempre son obvios . Algunas ETS son fáciles de tratar y curar , otras requieren un tratamiento mas complicado para controlarlas. Lo fundamental es someterse a una evaluación y si tienes una ETS tratarse . También es fundamental informar a tu pareja/s para que puedan mirarse y tratarse . Si las ETS no se tratan se aumenta el riesgo de adquirir otras ETS como el VIH. Esto sucede porque las ETS pueden estimular la respuesta inmune en el área genital o causar ampollas : pudiendo aumentar el riesgo de transmisión del VIH . Alguna de ellas al no ser tratadas también pueden provocar infertilidad , determinados tipos de cáncer o la muerte. Muchas de ellas no presentan signos ni síntomas son asintomáticas (3).

PREVENCIÓN 5

L a mayoría de las ETS se pueden prevenir con el uso correcto de un condón cada vez que se tienen relaciones sexuales (4).

BIBLIOGRAFÍA

-Libros : Manual de la enfermeria , editorial Oceano Centrum.
-Enciclopedia médica:MedlinePlus en : https://medlineplus.gov/spanish/
-Paginas web : https://www.mayoclinic.org
https://**kidshealth**.org/**es**/**teens**/**center**/**spanish**-**center**-**esp**.**html**

TEMA 17. AL RESPECTO DE LOS IXODOIDEOS.

MIRIAM CIGANDA CENOZ
LAURA ARMENDARIZ GONZALEZ
PATRICIA CARRERA MARTIN
MARIA RAMAJO HOLGADO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES TRANSMITIDAS EN ESPAÑA.**
- **PAUTA DE ACTUACIÓN ANTE UNA PICADURA.**
- **RECOMENDACIONES Y PREVENCIÓN.**
- **ENFERMEDAD DE LYME.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN

Los ixodoideos conocidos popularmente como garrapatas se alimentan de sangre y puedes ser vectores de numerosas enfermedades.
Después de los mosquitos, las garrapatas son los artrópodos de mayor impacto en la salud pública.
Solo en Europa las enfermedades que transmiten las garrapatas al hombre han aumentado un 300% en los últimos veinte años. Esto se puede deber a que antes las garrapatas estaban activas en primavera y verano y ahora debido al cambio climátio este periodo se alarga. Además las aves migratorias están favoreciendo la expansión de las garrapatas infectadas.

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES TRANSMITIDAS POR GARRAPATAS EN ESPAÑA.

Las garrapatas pueden transmitir hasta 14 enfermedades a los humanos.

Las enfermedades trasmisibles las podemos dividir en:

Enfermedades de origen bacteriano, como la enfermedad de Lyme, la fiebre botonosa, la anaplasmosis, la tularemia y la babesiosis.

Enfermedades de origen víricos más importante es el virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo

Otras patologías no puramente infecciosas, como la parálisis neurotóxica.

PAUTA DE ACTUACIÓN ANTE UNA PICADURA.

Lo primero que hay que hacer es retirar la garrapata lo antes posible. Si la garrapata se encuentra anclada a la piel se retirará cuidadosamente con pinzas y se desinfectará con povidona yodada o clorhexidina. Importante saber está desaconsejada la retirada de las garrapatas fijadas por los sistemas tradicionales (algodón con alcohol, aceite, vaselina, aplicar calor, etc..), ya que es durante esta extracción donde se produce más probablemente el contagio de la enfermedad. Seguidamente se le explicará al paciente que el riesgo de desarrollar una enfermedad es bajo, se le comentará que se observe durante 4 semanas desde la fecha de la picadura (ya que el máximo periodo de incubación de las EITG es de 32 días).

Se el indicará que si aparecen manifestaciones clínicas debe acudir a su médico.

Nunca se debe tirar la garrapata, es recomendable que se conserve en un bote con papel húmedo y si fuera preciso se puede estudiar que microorganismo contiene.

RECOMENDACIONES Y PREVENCIÓN.

Salud Pública recomienda a las personas que puedan estar en riesgo:

- Utilizar ropa de colores claros, pantalón largo metido por dentro de los calcetines, manga larga, gorra y camiseta por el interior del pantalón.
- Mantener un tratamiento antiparasitario adecuado en perros.
- Utilizar un repelente adecuado.
- Evitar pasar por zonas con hierbas altas.
- Procurar caminar por el centro de los senderos y no sentarse o tumbarse en sus orillas.
- Evitar tocar animales silvestres.
- Revisar la presencia de garrapatas en la ropa.
- Después de pasear revisar la ropa y el cuerpo.

ENFERMEDAD DE LYME.

La enfermerdad de Lyme ha tenido mas de 360.000 casos nuevos en Europa en los útimos 20años.

Borreliosis de Lyme, es una enfermedad infecciosa que transmite la bacteria '**Borrelia Burgdorferi**', que es transmitida por la picadura de una garrapata infectada y que afecta al sistema nervioso central y que puede cronificarse.

A pesar de la elevada tasa de diagnósticos sigue estando infradiagnosticada (al no haber pruebas sensibles en España) porque comparte síntomas diversos y fluctuantes en el tiempo con otras enfermedades emergentes como: Esclerosis Múltiple, Lupus, enfermedad de Crohn, Síndrome de Fatiga Crónica, Fibromialgia, Autismo, Alzheimer o Esclerosis Lateral Amiotrófica.

Si la enfermedad no es reconocida y tratada a tiempo se puede cronificar dando lugar a la **enfermedad de Lyme crónica**.

Etapas de la enfermedad

Después de la picadura de una garrapata infectada hay un periodo de incubación de entre 7 y 10 días. Después de este periodo existen tres etapas de la enfermedad:

- 1ª Etapa **Enfermedad de Lyme localizada**

  Síntomas inespecíficos: malestar general, fiebre, dolor en articulaciones y debilidad.
- 2ª Etapa **Enfermedad de Lyme.**

  Se da varias semanas o varios meses después de la infección. La bacteria se propaga por diferentes partes del cuerpo. Los síntomas en esta etapa son: dolores de articulaciones, fatiga, síntomas neurológicos, parálisis facial, miocarditis, encefalitis, palpitaciones cardíacas, entre otros.
- 3ª Etapa **Enfermedad de Lyme crónica.**

  Ocurre meses o años después de la picadura de garrapata si no se trató de forma efectiva, llegando a ser altamente incapacitantes: artritis permanente, fatiga...

Bibliografía:

- European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vector-borne_diseases/tick_borne_diseases/pages/index.aspx
- European Food Safety Authority (EFSA) http://www.efsa.europa.eu/en/topics/topic/vectorbornezoonoticdiseases
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) http://www.cdc.gov/ticks/index.html
- http://www.cdc.gov/spanish/especialesCDC/GarrapatasPrevencion/index.html
- FERNANDEZ-LEONES MJ, Delafuente Rodriguez A, Mora Saez E, Ladaluce Fuentes Jiménez M, Picadura de garrapata ¿Una simple retirada del artrópodo? SEMGVolume 5, Issue 3,

TEMA 18. LOS CINCO CORRECTOS DE ENFERMERÍA.

TAMARA GIL BLANCO
ANA MARÍA PARRA CRUZ
BÁRBARA ROJAS SALINERO

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es una parte esencial en las políticas sanitarias. La administración de medicamentos representa uno de los mayores riesgos por su multicausalidad, gran repercusión humana, asistencial y económica.

El error de medicación puede ser debido a la práctica profesional, producto sanitario, procedimientos y sistemas, incluyendo la prescripción, la comunicación de la orden, etiquetado, envase y denominación del producto, composición, distribución, administración, monitorización y utilización.

En este sentido, la seguridad del paciente debe ser entendida como una responsabilidad del acto del cuidado, de ahí que los profesionales de enfermería deban sumarse a las nuevas estrategias que garanticen la calidad de la atención.

2. OBJETIVOS

Revisar en la literatura científica las estrategias de actuación dirigidas a la prevención de errores con el fin de conseguir que el proceso de administración de los medicamentos se realice sin fallos de seguridad e identificar la incidencia de dichos errores y sus posibles acciones correctivas.

3. METODOLOGÍA

Se consultaron los documentos relacionados con el tema de las principales agencias encargadas del tema de la seguridad de los pacientes (Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios). También se realizaron búsquedas en Medline y en las principales bases de datos de medicina basada en la evidencia sobre revisiones sistemáticas en las que se evaluaran los errores de medicación (Cochrane).

4. RESULTADOS

Según nuestra experiencia y revisión de la literatura se ha observado que la seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad en todo el mundo y los errores de administración de medicación representan un importante porcentaje de los efectos adversos prevenibles ligados a la asistencia sanitaria (9%).

Aunque la incidencia de errores de medicación sea baja (16,9%). Se han desarrollado diversas herramientas para detectar los errores como listas de control de administración de medicamentos (Rights of Medication Administration), investigarlos, aprender de ellos y establecer acciones correctivas como identificar correctamente a los pacientes, mejorar la comunicación efectiva, mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

También son importantes estrategias de prevención de ocurrencias de estos errores, como es la regla de los 5 correctos.

Esta regla normotécnica para la administración de medicamentos, le permite al personal de enfermería que va a administrar una medicación, seguir algunas precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de un error:

1. **Paciente correcto**: Preguntando al mismo paciente o mediante pulsera identificativa.
2. **Hora correcta**: Asegurarse que se está cumpliendo el intervalo horario.
3. **Medicamento correcto**: Verificando antes y en el momento de la administración, rotulando correctamente el fármaco y paciente al que va dirigido.
4. **Dosis correcta**: Asegurar la dosis a administrar y tener presente los medicamentos que requieren especial atención (insulinas, fármacos antiarrítmicos, anticoagulantes, etc).
5. **Vía de administración correcta**: Deberá ser la más segura y adecuada al estado del paciente.

5. CONCLUSIONES

La seguridad debe ser una prioridad para las organizaciones sanitarias y para cada uno de sus miembros. Los pacientes son los que sufren los errores, por lo que hay que implicarlos en su prevención.

Existen herramientas para prevenir los errores de medicación para poder resolver los problemas detectados. Encontramos los 5C como la herramienta más eficaz y útil.

7. BIBLIOGRAFÍA

Institute of Medicine. Preventing Medication Errors. Washington DC: National Academy Press; 2007. [Disponible en: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=11623&page=R1]

Lacasa, C.; Humet, C.; Cot, R. Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. 1ª Ed. Editorial EASO. Barcelona 2001. Pág. 215-223.

Mcgovern, K. "Diez reglas de oro para la administración de fármacos". Rev. Nursing. Vol. 11, nº 1. Pág. 25-32.

TEMA 19. ORGANISMOS TRANSGÉNICOS.

IRENE ALONSO MEDINA

SONIA ZAHARA CASTILLO AVILÉS

ANTONIO MIGUEL SALINAS MARCOS

ÍNDICE

DEFINICIÓN
APLICACIONES
VENTAJAS
INCONVENIENTES

DEFINICIÓN

Los organismos transgénicos son aquellos que han sufrido alguna alteración en su material genético bien por introducción artificial (manipulación artificial) de un gen exógeno, proveniente de otro organismo totalmente diferente o por alteración de su material hereditario.

Estos organismos muestran que supuestamente no hay barreras para mezclar los genes de dos especies diferentes.

APLICACIONES

Tiene muchas aplicaciones en la salud, pero no se difunde tanto como en las plantas, actualmente más de 1500 fármacos son producidos por organismos transgénicos, como es el caso de la insulina para la diabetes.

En alimentación se crearos para aumentar la productividad, además de para ayudar a erradicar el hambre en los países subdesarrollados, cosa que a día de hoy sigue siendo un problema.

VENTAJAS

-Consumo de alimentos con más vitaminas, minerales y proteínas.
-Producción de ácidos grasos específicos para uso alimenticio o industrial.
-Cultivos más resistentes a los ataques de virus, hongos e insectos, sin necesidad de utilizar productos químicos.
-Cultivos resistentes a los herbicidas.
-Mayor tiempo de conservación de frutas y verduras.
-Aumento de la producción.
-Disminución de los costes de la agricultura.
-La biotecnología puede ayudar a preservar la biodiversidad natural.

INCONVENIENTES

-Existe riesgo de que se produzca hibridación.
-Siempre puede haber rechazo frente al gen extraño.
-Puede ser que los genes no desarrollen el carácter de la forma esperada.
-Siempre van a llegar productos transgénicos sin etiquetar al mercado.
-Contaminación del suelo por acumulación de toxinas.
-Pueden crearse nuevos virus y aumentar la resistencia de los virus naturales.
-Eficiencia reducida de antibióticos.

BIBLIOGRAFÍA

Páginas web:

www.metodocientificojuli.blogspot.com/2015/06/transgenicos-ventajas-e-inconvenientes.html

www.neofronteras.com/especiales/?p=43

https://elpais.com/elpais/2018/07/11/ciencia/1531299972_580652.html

https://www.xataka.com/ecologia-y-naturaleza/como-hemos-cambiado-un-viaje-visual-por-la-evolucion-de-las-frutas-que-nos-rodean

TEMA 20. LA IRISINA ,UNA NUEVA MIOQUINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

MARIA DEL MAR GUTIEREZ PRADO

ÍNDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCION
- DETERMINACION
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAFIA

RESUMEN

En la investigación para combatir la obesidad se ha descubierto una mioquina llamada irisina que se secreta principalmente en el músculo esquelético cuando se realiza ejercicio físico, bien sea aeróbico, de fuerza, de alta intensidad o los que incluyen intervalos de alta intensidad (HIIT),dicha hormona actúa principalmente en las células adiposas subcutáneas transformando la grasa blanca en grasa parda que es altamente termogénica y por consiguiente aumenta el gasto energético total ayudando a mantener o perder peso.

RESUMEN

La concentración plasmática de irisina está relacionada directamente con la sensibilidad a la insulina y el adelgazamiento, también se relaciona con el alargamiento de los telomeros, con una mayor concentración de T4 libre y con un efecto antitumoral en algunos tipos de cáncer.

Además la irisina tiene acción protectora sobre distintas enfermedades especialmente las metabólicas.

El ejercicio físico es un potente estímulo para mejorar y prevenir la obesidad y por ende las cormobilidad asociada.

RESUMEN

La obesidad es un factor de riesgo ligado a la elevación de la cormobilidad y mortalidad mundial, siendo cada vez más preocupantes las cifras de sobrepeso y obesidad en niños y adultos. Dicha obesidad unida a estilo de vida no saludables, se ha convertido en un importante factor de riesgo de padecer hipertensión arterial, diabetes tipo II , enfermedades cardiovasculares y determinados tipos de neoplasias.

INTRODUCCION

Dada la magnitud que supone el problema de la obesidad ha hecho que la comunidad científica se volcara en buscar medios para combatirla, y así Bostrom y colaboradores en el 2012 descubrieron una mioquina llamada irisina que se expresa en el músculo esquelético.

La irisina es una mioquina noble llamada así haciendo referencia a la diosa griega Iris que era la diosa de la mensajería.

Es una hormona polipéptidica de 112 aminoácidos, secretada como producto de la fibronectina tipo III.

INTRODUCCION

Tiene en su dominio a la proteína 5 (FND C5) ,siendo inducida por el receptor activado por el proliferador de peroxisomas X (PPARX) y el coactivador transcripional 1X(PGC-1X)en el músculo esquelético.

Existe evidencia científica de que esta hormona se relaciona de forma positiva con la sensibilidad de la insulina y la pérdida de peso, encontrándose involucrada en el proceso de conversión de tejido adiposo blanco en pardo , que es muy termogénico pudiendo ser un tratamiento potencial contra la obesidad.

INTRODUCCION

La irisina es el mediador de las ventajas del ejercicio físico, siendo la principal de ellas actuar sobre las células adiposas, transformando la grasa blanca en grasa parda. También tiene un rol de mediador de otros efectos beneficiosos del ejercicio físico como son el aumento del metabolismo oxidativo y de la biogénesis mitocondrial.

Su secreción se realiza en el músculo esquelético, el cual se puede considerar un órgano endocrino importante en la homeostasis metabólica, mediante la producción de mioquinas que actúan como hormonas y cuya liberación está relacionada con la contracción muscular.

INTRODUCCION

Al ser la irisina ejercicio dependiente se lo otorga la clasificación de mioquina ,también se puede segregar en el tejido adiposo subcutaneo y el visceral, piel hígado y riñón, músculo cardiaco y glándulas salivales.

El ejercicio combate la diabetes tipo II y la obesidad, induce la transformación de las fibras musculares pero también estimula la angiogénesis en el músculo esquelético y la biogénesis mitocondrial e incrementa la masa ósea. Tras el ejercicio de resistencia la irisina aumenta la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) que mejora la función cognitiva y disminuye los síntomas de las enfermedades neurológicas.

INTRODUCCION

Según estudios realizados el aumento artificial del nivel de irisina en la sangre también logra activar los genes que participan en el aprendizaje y la memoria, porque lo presentes y futuras investigaciones serán muy beneficiosas para tratamientos en diferentes patologías.

La obesidad se asocia con un aumento de la morbi/mortalidad de determinadas patologías, y según la distribución de la grasa corporal, es la obesidad central la que estaría más relacionada con el riesgo cardiovascular y diabetes mellitus tipo II.

INTRODUCCION

El tejido adiposo blanco almacena energía (triglicéridos) mientras que los adipocitos pardos consumen energía. La grasa parda en contra de lo que se pensaba anteriormente, también se encuentra en el adulto y está asociada a la cantidad de masa magra, ya que su liberación está mediada por la contracción muscular.

En los obesos mórbidos existe una relación inversa entre el IMC y las concentraciones plasmáticas de irisina y cuando pierden peso, como por ejemplo por una cirugía bariátrica, les disminuyen los niveles de irisina plasmática.

INTRODUCCION

La masa magra tiene relación directa con la cantidad de irisina liberada , y si disminuye la masa muscular también lo hace dicha hormona .Los sujetos norma pesos presentan concentraciones más altas de lisina.

Las concentraciones plasmáticas de irisina son inferiores en la diabetes tipo II y existe una relación directa con el IMC, la pérdida de peso y la sensibilidad a la insulina sugiriendo el papel tan crucial en la intolerancia a la glucosa y en la diabetes tipo II. Con el envejecimiento decae la liberación de irisina lo que se atribuye a la pérdida fisiológica de la masa muscular.

INTRODUCCION

El ejercicio regular mejora la función cognitiva, siendo la irisina la responsable , al proteger el cerebro contra la degeneración. También se ha visto que aumenta la expresión del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) asociado al aprendizaje, memoria y procesos de envejecimiento. También se ha demostrado que la irisina frena el envejecimiento al alargar los telomeros y así las personas con niveles más altos de irisina resultaron tener una edad biológica inferior en relación a las que tenían niveles más bajos de la misma.

INTRODUCCION

La irisina activa el consumo de oxígeno, la termogénesis, funciona como un primer mensajero, relaciona la homeostasis con la actividad física, traspasa la barrera hematoencefálica participando en la neurogénesis.

También se relaciona con la función de producción de hormonas tiroideas, estando disminuida en los hipotiroideos también tiene efectos benéficiosos como potencial agente antitumoral.

.

INTRODUCCION

La irisina es el potencial mediador de algunos de los beneficios metabólicos que genera el ejercicio físico , ya que es este ejercicio quien induce la liberación de irisina al torrente sanguíneo y cuyo aumento es transitorio.

Es muy posible que en el futuro se obtengan líneas de investigación que permitan terapias no farmacológicas en enfermedades crónicas adquiridas y no transmisibles.

También un próximo objetivo es la estimulación farmacológica mediante nutrientes específicos selectivos de la actividad eficaz de dicha molécula irisina para mejorar la salud de las personas con peso corporal excesivo.

DETERMINACIONES

Para medir los niveles de irisina se utilizan técnicas usadas en biología celular y molecular para identificar proteínas presentes en células o tejidos como el western blot . Esta técnica se divide en tres etapas : separación por tamaño, transferencia a un soporte sólido y visualización mediante la marcación de proteínas con el uso de anticuerpos apropiados.

Otras técnicas utilizadas son: la qPCR o la espectroscopia de masas.

Las determinaciones se realizan en suero principalmente.

CONCLUSIONES

En los estudios realizados vemos que el ejercicio favorece la liberación de irisina, siendo esta de mayor cantidad cuando los ejercicios son de alta intensidad y fuerza.

Está mioquina es la responsable de mediar en la mayor parte de los beneficios derivados del ejercicio con incidencia en patologías como el cáncer , la diabetes tipo II , el envejecimiento ,el deterioro cognitivo y no solo en la termogénesis como se creía al principio.

BIBLIOGRAFÍA

- Kelly,daniel p.(2012).Irisin,Ligth My Fire.Disponible en: http//:www.sciencemag.org.biblioteca.uniandes.edu.co:8080/content/336/6077/42.full
- H. Kim, et al., "Irisin media efectos sobre receptores de integrina viaaV hueso y grasa," de la célula, doi:10.1016/j.cell.2018.10.025, 2018.
- Wu J, Boström P, Sparks LM, Ye L, Choi JH, et al. Beige adipocytes are a distinct type of thermogenic fat cell in mouse and human. Cell 2012; 150:366-76.

BIBLIOGRAFIA

- WHO. World Health Statistics 2014. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131953/1/9789240692695_spa.pdf?ua=1
- WHO. World Health Organization. The World Health Report 2022. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO 2012. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
- Brandt C, Pedersen BK. The role of exercise-induced myokines in muscle homeostasis and the defense against chronic disease. J Biomed. Biotechnol. V 2010; Article ID 520:258

BIBLIOGRAFIA

- Trujillo G., Luz María, García L., Daniela, von Oetinger G., Astrid, Actualizaciones sobre “Irisina”: la nueva mioquina. Revista Chilena de Nutrición 2016, 43 .Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46947432012> ISSN 0716-1549
- Fauci A. S et Al. Harrison Principios de Medicina Interna. Mc-Graw Hill Interamericana Editores; 17ª ed. (2009)
- Pedersen B K. The diseasome of physical inactivity - and the role of myokines in muscle - fat cross talk J Physiol 587.23 (2009) pp 5559 - 5568

BIBLIOGRAFIA

- Irisina: ¿transmisor de mensajes del Olimpo? .María Moreno, José María Moreno-Navarrete, José Manuel Fernández-Real. Elsevier ,vol 26 num3 mayo-junio 2014.Disponible en : http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-irisina-transmisor-mensajes-del-olimpo-S0214916813001198

TEMA 21. TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO A MUJERES.

MARIA CRISTINA RIERA ZAPICO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN.**
- **PALABRAS CLAVE.**
- **TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.**
- **SÍNTOMAS.**
- **OBJETIVOS.**
- **CONCLUSIÓN.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema de salud pública de primer orden que afecta a la salud física y psíquica, teniendo consecuencias sobre la mujer, los hijos, familiares y las personas más cercanas.

Algunas mujeres han llegado a perder la vida debido a una violencia física desproporcionada del agresor hacia su víctima.

Los profesionales de la salud tienen un papel muy importante a la hora de detectar posibles signos de maltratos, tales como moretones en el cuerpo, fracturas, supuestas caídas... etc. Es muy importante que sepan los síntomas para poder actuar lo más pronto posible ante una sospecha de un posible maltrato.

Existe un teléfono gratuito de apoyo a la mujer maltratada o para que las personas que necesiten ayudar a estas

PALABRAS CLAVE

Violencia, maltrato, víctima, agresor, sanitarios.

TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Dependiendo el tipo de violencia que recibe se puede diferenciar siete tipos de violencia:

- Violencia física: Es la que más se produce, se realiza mediante un daño físico temporal o a largo plazo. La víctima recibe golpes, empujones, heridas, fracturas… etc. pudiendo producir una incapacidad física e incluso la muerte de esta durante una discusión. Aunque a día de hoy este tipo de maltrato se denuncia más, existen mujeres que se niegan a sí mismas a denunciar debido a las amenazas o miedo que tienen a su agresor.
- Violencia psicológica: La víctima es humillada, insultada, atacada psicológicamente. Se le anula como persona y esta se siente culpable por la situación vivida, pudiendo pensar que tiene la culpa, creyéndose lo que el agresor dice de ella.

La mujer no suele denunciar este tipo de maltrato porque en si no se considera maltratada.

- Violencia sexual: El agresor busca forzar o coaccionar a la víctima con un único fin son las actividades de índole sexual en contra de su propia voluntad. Este tipo de violencia de género puede producirse por cualquier desconocido.
- Violencia económica: El agresor busca mediante coacción o manipulación la privación de los recursos económicos de la pareja buscando la total dependencia del agresor, este evita que la víctima pueda trabajar y así no pueda depender por sí misma.
- Violencia patrimonial: El agresor busca destruir o usurpar los patrimonios de la víctima, haciéndole daño viéndole ver que los esfuerzos de muchos años por ella o por su familia no sirvió para nada.

- Violencia social: Limita y controla a la víctima aislándola del resto de las personas ya sea familia o amigos.
- Violencia vicaria: Se observa este tipo de violencia en las parejas o matrimonios que tienen hijos, el agresor hace daño a sus propios hijos con el único fin de producirle dolor a la mujer realizando en estos un maltrato infantil.

SINTOMAS

- Moratones por el cuerpo, fracturas o caídas que hacen que la mujer acuda al hospital en repetidas ocasiones.
- Baja autoestima.
- Aislamiento social y una anulación del a persona.
- Estrés y ansiedad y depresión.
- Problemas del sueño y alimentación.
- Estos son los más representativos aunque existen algunos más.

OBJETIVOS

- Se busca reconocer por los sanitarios los síntomas de los posibles tipos de maltratos.
- Deberan de saber que posibles medidas adoptar en el momento que se sospeche estos maltratos.
- Tienen que apoyar psicológicamente a la víctima apoyándola para que pueda denunciar los maltratos.
- Colaborar con las instituciones
- Hay que sensibilizar a la población para que denuncie en caso de ver o vivir algún caso de acoso hacia cualquier mujer.

CONCLUSIÓN

- Desde que tengamos la evidencia o veamos algún síntoma de que una mujer este recibiendo violencia de género debemos de ayudarla y apoyarla tomando medidas lo más pronto posible para poder evitar así que el agresor logre continuar maltratando a la víctima.

BIBLIOGRAFÍA

Página WEB :

1- Violencia de género, del protocolo a la acción - El médico interactivo [Internet]. El médico interactivo. 2018 http://elmedicointeractivo.com/violencia-de-genero-del-protocolo-la-accion/

2- Protocolo para mejorar la atención sanitaria a las mujeres que sufren violencia de género [Internet]. Astursalud.es. 2017 https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-para-mejorar-la-atencion-sanitaria-a-las-mujeres-que-sufren-violencia-de-genero

3- Castillero Mimenza O. Los 7 tipos de violencia de género (y características) [Internet]. Psicologiaymente.com. https://psicologiaymente.com/forense/tipos-violencia-de-genero

4- Marín Fernández P. Las 30 señales de maltrato psicológico en una relación [Internet]. Psicologiaymente.com. https://psicologiaymente.com/forense/senales-maltrato-psicologico-relacion

5- ¿Qué es la Violencia de Género y qué formas tiene? | Mundo Cooperante [Internet]. Mundocooperante.org. 2017 http://www.mundocooperante.org/que-es-la-violencia-de-genero-y-que-formas-tiene/

PDF

1- Violencia de género [Internet]. Andalucía; 2019 https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Documentacion_Red_Ciudadana_folleto.pdf

TEMA 22. IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA FORMACIÓN Y SOBRECARGA DEL CUIDADOR PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO ANCIANO.

BEATRIZ OTAEGUI BALEZTENA

LUCÍA ZUBIAUR BEGUIRISTAIN

ARANTZAZU IGOA ERRO

EVA ARANA ALONSO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
   2.1 Objetivo General
   2.2 Objetivos Específicos
3. MÉTODO
   3.1 Proceso de Atención de Enfermería
   3.1.1 Valoración por patrones funcionales de Gordon
   3.1.2 Plan de cuidados: Diagnósticos, objetivos e intervenciones
   3.2 Análisis Reflexivo
4. DESARROLLO
   4.1 Pregunta PICO
   4.2 Estrategia de búsqueda
   4.3 Resultados, análisis y discusión
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS para el año 2050 la población mayor de 60 años pasará de ser de 900 millones a 2000 millones. (1) Debido al aumento de esperanza de vida cada vez hay más ancianos en nuestra sociedad, ¿pero realmente somos conscientes de la realidad que viven? Además de enfrentarse a su última etapa del ciclo vital, muchos de ellos carecen de recursos, sufren en soledad y a veces no reciben el trato que merecen por parte de sus familias, instituciones o la comunidad. La dependencia por sufrir determinadas enfermedades físicas o cognitivas, lleva muchas veces a poner a prueba a la familia que en el peor de los casos llega a ocurrir el maltrato en todas sus variantes. En España el 7% de los ancianos sufren maltratos, pero solo el 10% los denuncia.

Es por tanto imprescindible prevenir que este colectivo sufra cualquier abuso y abordar el tema de manera multidisciplinar. (2).

Según los últimos datos de Instituto Nacional de Estadística (INE), el 9% de la población Española, posee algún tipo de discapacidad que le dificulta o le impide llevar a cabo las Actividades de la Vida Diaria (AVD). De esto el 20% tiene una discapacidad moderada, el 30% una discapacidad severa y el 50% presenta una discapacidad total. Al lado de una persona dependiente está el cuidador y los cambios que se originan en la vida de este. Se dan cambios en la vida personal, familiar, laboral y social del cuidador y a menudo su salud se ve deteriorada. Se han descrito estados de ansiedad, depresión e incluso mayor vulnerabilidad biológica. (4)

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Conocer cómo afecta la sobrecarga del cuidador al anciano.
- Identificar los conocimientos que las enfermeras de atención primaria deben tener para un buen manejo en la prevención y detección de casos de maltrato.

2.2 Objetivos Específicos:

- Conocer las dolencias más frecuentes en la salud del cuidador.
- Conocer si la educación en cuidados informales reduce la incidencia de abuso al mayor.
- Conocer si la educación en cuidados informales disminuye niveles de sobrecarga.
- Identificar las principales barreras en la detección y manejo de casos de abuso.
- Describir cómo los cuidadores podrían reducir su tendencia al abuso desde su experiencia.

Desde hace unos años, hemos comenzado a escuchar o a leer en el periódico titulares como: “cuidar al cuidador”. Parece que la sociedad está comenzando a entender la importancia de la salud mental y física del cuidador y la influencia positiva o negativa que puede tener en el resultado del cuidado. A continuación, mediante un caso clínico se refleja la situación de muchos cuidadores y cómo la intervención enfermera específica y oportuna puede ayudar en su manejo.

Este trabajo está dirigido a los profesionales de la enfermería, que a menudo se encuentran o se pueden encontrar en situaciones comprometidas en las que no están acostumbrados a desenvolverse. Por tanto, con este trabajo de investigación se pretende establecer una relación entre la educación en cuidados informales y la incidencia del maltrato como consecuencia de la sobrecarga.

3. MÉTODO

Este proyecto se basa en un caso clínico reflexivo y se titula "Consecuencias de la sobrecarga del cuidador principal en la salud del anciano".

Los profesionales que forman la atención primaria tienen la ocasión de conocer a los pacientes más directamente, es decir pueden conocer sus domicilios, sus hábitos de vida, relaciones familiares y todos los aspectos que influyen en la calidad de vida de una persona.

El caso clínico que a continuación se expone, es un ejemplo, de la intervención que realiza una enfermera en un domicilio. Se trata de una mujer cuidadora de sus padres que conviven con ella. Lleva años ejerciendo como tal, hasta que ha comenzado con síntomas de sobrecarga y depresión. Esto hace que el trato a sus padres sea inadecuado y precisa ayuda sanitaria.

El contexto que se escoge es un reflejo de la sociedad actual, y es necesario que la enfermería sea capaz de manejar casos parecidos al que se exponen detectando casos de disfuncionalidad en las familias. Además, es necesario que los cuidadores informales sepan cuándo acudir a su enfermera comunitaria ante cualquier problema, duda o inquietud que pudiese surgir a lo largo de su labor y esta lo viese como una oportunidad de intervenir precozmente.

3.1 Proceso de Atención De Enfermería

Mujer de 55 años, en el paro, que vive en el domicilio de sus padres y que cuida de ambos. La madre tiene una dependencia severa y el padre es independiente para las actividades de la vida diaria, precisando ayuda para las instrumentales. La hija últimamente se encuentra más estresada, y refiere no conocerse a ella misma. Reconoce que no trata bien a sus padres, que ella se comprometía a cuidarlos hasta el final pero que hay algo en ella que no le está permitiendo realizar el trabajo adecuadamente. Son padre e hija conjuntamente quienes piden ayuda profesional a su enfermera de atención primaria. Se les valora a cada uno por separado y se prioriza en la atención de la hija, por desempeño inadecuado de su rol. No alergias conocidas. Como antecedentes médicos presenta hipertensión arterial idiopática y ansiedad y su tratamiento médico habitual es enalapril 10mg.

3.1.1 Valoración por patrones funcionales de Gordon

Patrón 1.-Percepción-manejo de salud:

- Considera no tener una buena salud y lo relaciona al poco tiempo de dedicación personal que tiene para ella.
- Calendario vacunal completo.
- La vivienda está descuidada, falta de higiene, lleva la ropa sucia.
- Tóxicos: No fumador, no bebedora.

Patrón 2.- Nutricional metabólico:

- IMC: 22,4 (Talla: 170cm; Peso: 65kg)
- Realiza 3 comidas al día de pocas cantidades.
- Dieta hiposódica. Picotea entre horas. Baja ingesta de proteínas.(El mismo patrón de dieta siguen sus padres).
- Líquidos: 1L de agua/ día. 3-4 tazas de café.
- Piel hidratada y bien perfundida.
- No edemas.

Patrón 3.- Eliminación:

- Continente urinario y fecal.
- Heces formadas, no alteración en el color, patrón diario.
- 5 micciones diarias.

Patrón 4.- Actividad/ Ejercicio

- Describe tener poco tiempo para el ocio y distracción. Le gusta caminar e ir al cine, pero hace mucho que no lo hace porque su madre la necesita 24h. Dice que su única tarea desde que se levanta hasta que se acuesta no es otra que estar pendiente de sus padres.
- Actualmente no trabaja. Se le ha terminado la prestación por desempleo y ahora los únicos ingresos que entran en casa, son los 700 euros que le pertenecen por la dependencia de su madre.
- TA: 140/80, FC: 91lat/min, FR: 22resp/min. SAT: 98%.

Patrón 5.- Sueño-Descanso

- Dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz y no puede volver a dormirse. Duerme 4horas al día, somnolencia diurna.
- Le gustaría comenzar a tomar algún hipnótico.
- El colchón es viejo, no favoreciendo el descanso.

Patrón 6.- Cognitivo-Perceptivo:

- Consciente y orientada.
- Visión: utiliza lentes para leer.
- Audición: no alteración.

Patrón 7.- Autopercepción-Autoconcepto

- No mantiene contacto visual durante la conversación. Tono de voz apagado. Se le escapan algunas lágrimas mientras habla de ella. Postura corporal encorvada. Se siente sola y apartada de la sociedad.
- Patrón 8.- Rol-Relaciones
- Vive en el domicilio de sus padres. Son frecuentes las malas contestaciones, insultos, gritos…signos de irritabilidad.
- Estado civil: soltera. No tiene hijos.
- El padre confiesa que siempre han estado bien cuidados por su hija pero que no sabe por qué actúa así con ellos, desde hace algunos años. No la reconocen, y sienten que su hija los culpa de todo lo que le pasa. "Siempre está de mal humor y lo paga con nosotros."
- El padre quiere solicitar la ayuda a la trabajadora social para solicitar la ayuda a domicilio para realizar las tareas de casa, pero la hija prefiere seguir haciéndolo ella. Este es un tema de discusión habitual.

Patrón 9.- Sexualidad y Reproducción

- No valorado por no ser el problema principal, ni la causa de este. Tampoco se considera el momento oportuno para abordar dicho patrón.

Patrón 10.- Adaptación al estrés

- Escala de Golberg: 5 respuestas afirmativas para la subescala de la ansiedad. 4 respuestas afirmativas para la subescala de la depresión.
- Nunca ha recibido ninguna formación para cuidadores. Test de sobrecarga de lcuidador: >56puntos
- Tiene miedo al futuro, ya que dice que cada vez serán más dependientes.

Patrón 11.- Valores y creencias

- Católica no practicante

3.1.2 Plan de cuidados: Diagnósticos, objetivos e intervenciones

- *00061Cansancio en el desempeño del Rol cuidador* r/c ser cuidadora principal de dos ancianos, falta de recursos económicos, carecer de apoyo social y familiar, falta de tiempo para el tiempo libre y no tener formación en cuidados informales, m/p maltrato de sus progenitores, no mantener las condiciones de un hogar (temperatura, higiene) falta de descanso y calidad del sueño, depresión y manifestaciones verbales de la insostenibilidad de la situación.

OBJETIVOS

- NOC:

Bienestar del cuidador familiar

Indicadores:

  - Salud general percibida
  - Satisfacción con el apoyo profesional
  - Satisfacción con el rol de cuidador familia.

- NOC

Preparación del cuidador familiar domiciliario
Indicadores:
  - Conocimiento de cuidados en el seguimiento
  - Apoyo social

- NOC:

Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar
Indicadores:
  - Previsión de iluminación
  - Regulación de la temperatura ambiental

- NOC

Descanso

Indicadores:

  - Tiempo de descanso.
  - Descansado físicamente
  - Descansado emocionalmente

- NOC

Salud emocional del cuidador principal

Indicadores:

  - Temor

- NIC

Fomentar la implicación familiar para el NOC Bienestar del cuidador principal.

Actividades:

  - Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
  - Apreciar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador

- NIC

Apoyo al cuidador principal para el NOC Preparación del cuidador familiar domiciliario.

Actividades:

  - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador
  - Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
  - Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador.
  - Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

- NIC

Manejo ambiental: confort para el NOC conducta de seguridad: ambiente físico del hogar.

Actividades:

  - Crear un ambiente físico seguro para el paciente.
  - Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente, en caso de que se altere la temperatura corporal.
  - Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frío.
  - Proporcionar una cama limpia y cómoda.
  - Controlar la iluminación para conseguir los beneficios terapéuticos.

- NIC

Administración de la medicación para el NOC Descanso y Sueño.

Actividades:

- Informar al médico titular para que valore prescribir el hipnótico oportuno.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente.
- Instruir al paciente de las acciones y efectos adversos esperados de la medicación.

- NIC

Potenciación de la autoestima para el NOC salud emocional del cuidador principal.

Actividades:

- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para dominar una situación.
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.

- NIC

Grupos de Apoyo para el NOC salud emocional del cuidador principal.

Actividades:

  - Ayudar al grupo a progresar en las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación, pasando por la cohesión hasta la conclusión.
  - Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo. Tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.

- NIC

Derivación para el NOC salud emocional del cuidador principal.

Actividades:

  - Realizar una evaluación continuada para determinar la necesidad de la remisión.
  - Ponerse en contacto con el centro/cuidador correspondiente.

3.2 Análisis Reflexivo

Tras realizar la valoración mediante los patrones funcionales de M.Gordon, se puede observar que varios patrones están alterados y a su vez relacionados entre ellos. El patrón rol-relaciones se podría decir que ha alterado el resto. Es decir, la responsabilidad y obligación de cuidar a dos personas dependientes que viven con ella afecta al resto de patrones. Por tanto, el plan de cuidados diseñado es el que responde específicamente al diagnóstico cansancio del rol del cuidador, considerando que el resto de alteraciones son manifestaciones de la misma. Estos serían la falta de ocio, falta de sueño reparador y alimentación adecuada, falta de apoyo social y familiar y dificultad económica para hacer frente a todos los gastos.

4. DESARROLLO

4.1 Pregunta PICO

La formación en cuidados informales comparado con no recibir dicha formación disminuye la incidencia del maltrato en ancianos.

4.2 Estrategia de búsqueda

La metodología empleada ha sido una revisión bibliográfica utilizando bases de datos científicas para la búsqueda de artículos. La búsqueda ha sido realizada en las siguientes bases de datos: PUBMED, COCRHANE, SCIELO-España.

Palabras clave: cuidador principal, sobrecarga, ancianos, cuidados, cuidados informales, familia, educación, maltrato, elder abuse, nursing,

Mesh: carevigers, dependency, carevigers/education

4.3 Resultados, análisis y discusión

Se define como cuidador principal informal (CPI) a la persona encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica por ello. (5)

Este rol de cuidador principal exige cuidarse de uno mismo para poder cuidar a los demás. Sin embargo, hay evidencia de que la calidad de vida percibida de estos disminuye. Gil MJ et. al comparaba la calidad de vida percibida en cuidadores frente a los que no lo eran. Se veía que el grupo experimental, los cuidadores, en cuanto al grupo control padecían mayores dolencias tanto en la esfera psíquica como en la física, frecuentando más los servicios de atención primaria.

Agrupando los distintos ítems, el 48,1% los cuidadores respondió que su salud era mala o muy mala, frente al 31,4% del grupo control. En cuanto a la ansiedad y la depresión, ambos estados emocionales prevalecen más entre cuidadores. En cuanto a las dolencias que más sufre la población de cuidadores son las de alteraciones del sueño, cansancio, dolor de espalda y cefalea. (5)

El abuso de ancianos se asocia con una morbilidad significativa y mortalidad prematura. Un tercio de los miembros de la familia que cuidan de personas con demencia reconocen actuar de manera abusiva hacia ellos. Numerosas intervenciones han sido implementadas para abordar la cuestión del maltrato a ancianos, pero actualmente no hay intervenciones basadas en evidencia para reducir o prevenir tal comportamiento.

Los cuidadores familiares que actúan abusivamente no han sido previamente informados sobre lo que puede ayudar a reducir el abuso. (6,14)

La responsabilidad de la prevención de abuso no solo recae en los cuidadores sino también entre los profesionales. Sin embargo, estos detectan ciertas barreras a la hora de identificar el maltrato. La escasa formación en relación a este tema se vio reflejado por Rubio Acuña M et al. Estos tenían habilidades para reconocer los casos de no maltrato pero no para reconocer los casos de abuso entre los mayores. El haber tenido experiencia con ancianos maltratados se relacionó con una mayor preocupación por el potencial maltrato en la práctica actual.

En relación a esto se encontró una asociación significativa entre la participación en eventos de educación continua en el tema del maltrato del anciano maltratado y el nivel de confianza y conocimientos tanto de la valoración como de los servicios de ayuda existentes en la comunidad. (7)

En el artículo, “Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales” fue significativo que había más cuidadores sin formación cuidando personas con problemas de salud, que con formación específica.

Sobre la posibilidad de recibir formación, en el caso de los cuidadores que contestan afirmativamente, el motivo principal es porque tienen una persona que le suple mientras se forman; y de los que contestan que no, mayoritariamente es porque no tienen tiempo.

Como alternativa para eliminar la barrera de la presencialidad de las sesiones, se plantea el fomento del uso de las tecnologías de la información y comunicación (foros, chats, correos electrónicos, tuenti, facebook, blog, twitter, Skype, entre otros).para las actividades formativas de estos cuidadores. (8)

Las intervenciones dirigidas a la prevención engloban la prevención primaria, secundaria y terciaria. Guerra Martín MD et al tuvo como objetivo determinar la efectividad de estas intervenciones para reducir el abuso de los ancianos en sus propias casas, en los contextos institucionales o comunitarios. El objetivo secundario fue investigar si los efectos de la intervención se modifican por tipos de abuso, tipos de participantes, establecimiento de la intervención o el estado cognitivo de las personas mayores. El resultado de la revisión determino que es incierto si las intervenciones educativas mejoran el conocimiento y la actitud de los profesionales de la salud y los cuidadores (evidencia de muy baja calidad), y si estos programas también reducen la aparición de maltrato. Sin embargo, hay evidencia que sugiere que la educación y formación en cuidados informales pueden cambiar los niveles de ansiedad y depresión. (8)

Cooper C et al, Livingston G et al han pedido a los cuidadores contratados por las familias o a los mismos familiares que se auto-denuncien comportamientos abusivos. Los cuidadores familiares parecen dispuestos a denunciar un comportamiento abusivo, que a menudo es una respuesta al estrés y la carga por la que quieren ayuda. Los cuidadores contratados sin embargo, que denuncian el abuso se enfrentan a posibles consecuencias jurídicas, laborales y sociales adversas, y la notificación anónima puede ser necesaria para medirla con precisión. En el único estudio de intervención para medir el comportamiento abusivo de los cuidadores familiares como resultado, no se encontró evidencia de que la intervención START (STrAtegies for RelaTives), que redujo la ansiedad y la depresión del cuidador, también redujera su comportamiento abusivo. (5,11)

En el 2012 en el estudio “Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares” se obtiene como resultado que dicha terapia problemas es una herramienta costo efectiva realizándose de manera sistemática en el domicilio, para prevenir el cansancio de cuidador. Esta terapia consiste en facilitar en cada visita del paciente dependiente, la expresión de problemas o preocupaciones de la cuidadora, la escucha activa, e intentar dar una solución real y alcanzable al problema percibido por la cuidadora familiar. En el supuesto de que no se realice intervención dirigida a la cuidadora los niveles de ansiedad aumentan, con el riesgo de claudicación familiar y la institucionalización del anciano.(9)

Un dato curioso, fue el obtenido por Matsuda O. Este, trató de examinar el efecto de la presencia de demencia en los ancianos sobre las actitudes hacia el abuso fue que la gente puede calificar el comportamiento abusivo como menos abusivo cuando la persona que está siendo atendida tiene demencia. (10)

Sotto Mayor M. et al aplicó el protocolo de valoración e intervención en la consulta de enfermería dirigida a los cuidadores informales de personas con demencia, asociados directamente a la consulta de enfermería, dieron como resultado que en más del 50% de los casos se verificó un aumento de los conocimientos en los diferentes ítems. Se aplicó la técnica de escucha activa en el 90% de los cuidadores, ya que el 80% sufría elevada sobrecarga con este rol. Algunos consideraban que no tenían capacidad para ejercer el rol de cuidadores (26,5%), y el 80% refirió que se sentía mal con esta situación.

En la valoración de seguimiento verificaron un mejor conocimiento de la enfermedad, de los síntomas y de la interacción con el paciente. Por ejemplo, consiguen entender mejor que sino que es debido a la enfermedad (82%). Se constata que se produjeron beneficios significativos en términos de adhesión y gestión del régimen terapéutico (46%), que se concretizaron en un menor número de errores con la medicación (13%), mayor aproximación entre lo prescrito y lo realizado, menor automedicación (12%) y mejor gestión de los indicios y síntomas (32%), tanto en la parte farmacológica como en la no farmacológica. (12)

Se observó una mejor interacción entre el cuidador y la persona dependiente, asociada a una mejor comprensión de cómo cuidar gracias a la adopción de estrategias específicas (65%) y a la intervención profesional para fomentar la implicación familiar (54%). Por ejemplo, dejaron de forzar la alimentación y pasaron a distraer al paciente durante la misma (43%) con el apoyo de otras personas. De esta forma, se concretiza el objetivo (alimentar a la persona) de una forma mucho más fácil para ambos. Se consiguió una mejoría general en todos los cuidados, y una mayor seguridad en los cuidados tanto para el paciente como para el cuidador.

Asimismo, promover estrategias de seguridad fue muy positivo (42%). En muchos casos, la introducción de medidas sencillas, tales como adaptar el aseo (24%), retirar las alfombras (5%), adoptar una nueva técnica de posicionamientos (11%) o movilización del paciente (15%), supusieron un gran cambio para la prestación de cuidado.

El otro cambio significativo se relacionó con la reducción de la sobrecarga (43%). Dicha reducción fue consecuencia del apoyo emocional (82%) que se les facilitó. La información sobre la importancia de la estimulación se reveló provechosa, y las intervenciones proyectadas consistieron en la práctica de situaciones concretas (75%). Un mayor conocimiento de lo que la comunidad tenía para ofrecer (46%) también resultó positivo. En aquellos casos en los que se consideró necesario se envió a otros técnicos de la salud, concretamente en situaciones de sintomatología depresiva (38%) o eminente burn-out (5%). (12)

Algunos autores han abordado la sobrecarga de los CP desde una perspectiva multidisciplinaria, como Weuve et al (7), quienes diseñaron la intervención evaluación y manejo del paciente geriátrico (GEM). La intervención consistió en 8 visitas domiciliarias en las que se asesoró a los cuidadores sobre el manejo conductual del paciente y los cuidados específicos que necesitaban las personas ancianas. Se evaluó la disminución de la sobrecarga en cada una de las tareas de cuidado que realizaba el CP; para ello, utilizaron la escala modificada de Zarit, Montgomery y Borgata Burden Scale (MBBS). Los resultados indicaron que, al inicio del estudio, los 2 grupos mostraban grados de sobrecarga similares, pero que en el transcurso de un año, los valores de sobrecarga disminuyeron en el grupo experimental, mientras que aumentaron en el grupo control.

Aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos, los datos obtenidos les llevaron a afirmar que la intervención GEM protegía a los cuidadores de un aumento de la sobrecarga. (13)

El Departamento de ciencias de la Salud Mental de la Universidad de Londres, preguntaba a los familiares qué les podría hacerles dejar de abusar y obtuvo en resultados esperanzadores. Para prevenir el abuso, los cuidadores familiares dieron prioridad a la medicación para la memoria, buena comunicación de los profesionales, consejos por escrito sobre problemas de memoria, atención domiciliaria, servicios de relevo residencial y sesión. Como no se ha evaluado formalmente ninguna intervención para reducir el abuso de los cuidadores familiares, un buen punto de partida puede ser el deseo expresado por los cuidadores familiares.

En cuanto a la atención domiciliaria, se puede decir que esta repercute positivamente sobre su cuidador principal, mejorando la percepción sobre la asistencia percibida, reduciendo la utilización de los servicios sanitarios, disminuyendo el grado de sobrecarga y su percepción de falta de apoyo social.(14,15)

La mejor evidencia hasta ahora para reducir el abuso actualmente es en los hogares de cuidado, donde las intervenciones para educar al personal de primera línea sobre los daños causados por la restricciones físicas y enseñar estrategias alternativas de atención centrada en la persona. Ambas han reducido exitosamente la restricción física en algunos países.(5)

Finalmente, los adultos mayores sugieren algunas estrategias para evitar el maltrato, las cuales son denunciarlo a las autoridades, impulsar respeto hacia ellos desde la escuela y en la familia, así como divulgarlo en la prensa, radio y televisión. (7)

Discusión

En esta revisión de la literatura científica no se encuentra una asociación significativa entre la educación en cuidados informales y la disminución de la incidencia de maltrato. De lo contrario sí existe evidencia de que la educación en cuidados informales, disminuye los niveles de ansiedad y depresión, característicos de la sobrecarga del cuidador.

.

La educación en cuidados informales debe ser primordial si se quiere asegurar que la población anciana está bien atendida en sus casas. Sin embargo, tal y como se ha descrito anteriormente estos talleres o sesiones que se realizan no son accesibles a todos los familiares. El principal motivo suele ser que no tienen con quien dejar a los ancianos, siendo esta una barrera de accesibilidad. Por tanto, la enfermería debe innovar y aprovechar las nuevas tecnologías para que su labor de formación quede cubierta.

Como conclusión principal, se puede extraer que toda formación, asesoramiento que se le ofrezca al cuidador por parte de la enfermería ayudará indudablemente al mejor manejo del cuidado. El cuidador lo hará con la idea de que lo está haciendo bien, conforme a lo que se espera de el o ella y esto disminuirá gran parte de la carga que pudiese suponer la tarea del cuidado.

Por tanto, desde atención primaria se recomiendan las visitas domiciliarias frecuentes, para tener en cuenta todos estos aspectos que se han comentado anteriormente, ya que forman parte de una de las estrategias de prevención primaria.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden resultar relevantes para aquellos profesionales de la salud, tanto profesionales sanitarios como investigadores, que deseen dirigir su atención hacia la puesta en práctica de intervenciones dirigidas a la sobrecarga del cuidador.

5. CONCLUSIONES

1.- El maltrato a los ancianos, es una realidad, todavía no del todo visible y en el que se necesita realizar un esfuerzo aun mayor de la sociedad para erradicar el problema. La mejor manera de prevenir es conocer el problema. Por ello, se necesitan más estudios de prevalencia.

2.-Los familiares que han cometido cualquier tipo de abuso a su familiar, no habían sido previamente informados de cómo prevenir dicha situación.

3.- Aquellos que padecen un deterioro cognitivo, grandes dependientes o patología mental están en desventaja, ya que los hace más vulnerables para sufrir cualquier tipo de abuso.

4.- La responsabilidad de cuidar a una persona dependiente empeora la calidad de salud percibida de quien cuida. Las dolencias más frecuente en esta población son: alteraciones del sueño, cansancio, dolor de espalda y cefalea.

5.- No hay suficiente evidencia que la educación en cuidados informales disminuye la tendencia abusiva de los familiares. Por tanto, se necesitan más estudios longitudinales, que tras la formación observen de cerca de las familias y el impacto real de la educación.

6.-Tras un año de educación en cuidados informales se reducen los niveles de sobrecarga en aquellos cuidadores que reciben la formación. Del mismo modo, los niveles de sobrecarga aumentan si la enfermería no educa.

7.-Los cuidadores familiares creen que la medicación para la memoria, tener una buena comunicación de los profesionales, consejos por escrito sobre problemas de memoria, atención domiciliaria y tener servicios de relevo residencial y sesión, ayudarían a reducir su tendencia a conductas abusivas.

8.-La visitas domiciliarias frecuentes ayudan a un encuentro más personal y humano. La enfermería debe ser capaz de diagnosticar mediante una valoración exhaustiva si existen síntomas que describan el cansancio en el desempeño del cuidador principal.

9.-Un indicador de maltrato no significa definitivamente que el anciano está siendo maltratado. El objetivo primordial en estos casos debe ser el identificar problemas y encontrar soluciones y no la búsqueda de culpables.

10.- Los estudiantes no reciben formación sobre la sobrecarga del cuidador, siendo un problema para la detección de casos cuando acceden al mercado laboral. Asimismo, los profesionales que llevan años ejerciendo tampoco reciben formación continua. Por tanto, si se les ofrece una mayor educación seguirá siendo una barrera para su detección y prevención de casos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1.Organización Mundial de la Salud. [sede Web]. Ginebra: OMS; 2016 [Acceso el 15 febrero de 2019.] Maltrato de las personas mayores. Disponible en:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/

2. Belenguer, L. El 7% de los ancianos sufren maltrato en España pero solo el 10% de ellos lo denuncia. 20 minutos 27 de junio de 2016.

3. OMS/INPEA. Voces ausentes. Opiniones de las personas mayores sobre el abuso y maltrato al mayor. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(6):319-331.

4.Sutil Nuñez B. Valoración enfermera de los problemas de salud reales y potenciales del cuidador principal de personas dependientes. Aula Virtual Fuden. Disponible en: http://prescripcion.fuden.es/pluginfile.php/94647/mod_resource/content/3/04.%20Valoraci%C3%B3n%20enfermera%20en%20los%20problemas%20de%20salud%20reales%20y%20potenciales%20del%20cuidador%20principal%20de%20personas%20dependientes__guest.pdf

5. Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev Clin Med Fam. 2009 Jun [citado 2019 Feb 15]; 2(7): 332-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es

6. Cooper C, Livingston G. Intervening to reduce elder abuse: challenges for research.2016 Mar;45(2):184-5.
7. Rubio Acuña, M. Maltrato institucional a adultos mayores. *Gerokomos*, 2012 Dic; 23(4).

8. Guerra Martín MD, Zambrano Domínguez EM. Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. Enferm.glob. [Internet]. 2013 Oct [citado 2019 Feb 15] ; 12(32): 211-221.

9. Ferré-Grau C, Sevilla Casado M, Boqué-Cavallé M, Aparicio-Casals MR, Valdivieso-López Lleixa-Fortuño M. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicadapor enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares.Elsevier. 2012; 44(12):665-701

10. Matsuda O. An assessment of the attitudes of potential caregivers toward theabuse of elderly persons with and without dementia. 2007 Oct;19(5):892-901

11. Livingston G, Barber J, Rapaport P, Griffin M, Cooper C. A randomized controlled trial of the effect of the start (strategies for relatives) intervention: The effect on family caregiver's potentially harmful behavior to people with dementia. 2015. 11. 222

12. Sotto Mayor M, Sequeira C, García B. Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención. Gerokomos [Internet]. 2013 Sep [citado 2019 Feb 15] ; 24(3): 115-119.

13. Zabalegui Yárnoz A, Navarro Díez M, Cabrera Torres E, Gallart Fernández-Puebla A, Bardallo Porras D, Rodríguez Higueras E. et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008 [citado 2019 Feb 15] ; 47(3): 157-166.

14.Department of Mental Health Sciences, University College London, U.K. What would help me stop abusing? The family carer's perspective. 2009 Apr;21(2):309-13

15. Orueta Sanchez R, Gómez Calcerrada RM, Gómez Caro S, Sánchez Oropesa A, López-Gil MJ, Toledano Sierra P. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores. Elsevier. 2011; 43(9): 490-496.

TEMA 23. LA DISFEMIA
EL TRASTORNO INCOMPRENDIDO.

MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA

CONSUELO INMACULADA GARCIA GARCIA

ÍNDICE

1. INTRODUCCION
2. FASES DE LA DISFEMIA
3. MANIFESTACIONES CORPORALES, LINGÜÍSTICAS Y CONDUCTUALES
4. CLASIFICACION
5. CAUSAS
6. TEORIAS
7. INTERVENCION INDIRECTA

1. INTRODUCCION

La disfemia, disfluencia, espasmofemia o también conocida como tartamudez, es un desorden de la fluidez verbal que afecta a la comunicación. Se caracteriza por la repetición de palabras, sílabas, serias dificultades para comenzar una frase, incluso bloqueos y pausas al hablar, aunque las personas que lo padecen, sepan perfectamente lo que en ese momento quieren decir.

Esta alteración, produce síntomas emocionales, físicos y psicológicos. Muestran tensión en los músculos de la cara y cuello. Sienten vergüenza, psicológicamente se pueden ver tan afectados que se aíslan, evitando las relaciones con otras personas.

Observamos las disfluencias en niños entre los 2 y 4 años, en esta etapa de la vida son normales, pudiendo pasar desapercibido algún caso de disfemia que continuará en el tiempo.

La disfemia es más común en hombres que en mujeres, son 4 hombres afectados por cada mujer. En el mundo entre el 1% y el 2% se ve afectado por este trastorno, en España hay datos que indican que unas 500.000 personas podrían estar afectadas.

2. FASES

Disfemia inicial o evolutiva- se presenta alrededor de los 3 años (no en todos los niños) ante una situación nueva que le pueda causar algún temor o estrés, a estas edades es más frecuente que el niño repita las palabras enteras, si la disfemia se produce entre los 3 y 5 años, hablamos de una **disfemia fisiológica.** Son pocos los niños en los que la disfemia fisiológica persiste.

Entre los 5 y 7 años podemos hablar de una **disfemia primaria**, de los 7 a los 10 años de una **disfemia secundaria**, encontramos aquí las primeras manifestaciones lingüísticas de una forma evidente, el uso de perífrasis, sinónimos, el hecho de no terminar la frase, o que el discurso sea incoherente, determina el trastorno. El niño es consciente de su situación y busca la forma de no mostrar su problema, sustituyendo palabras o frases.

Las manifestaciones corporales son claras, tics, gestos, movimientos involuntarios, tensión en los músculos del cuello y la cara. Alteraciones de la inspiración y expiración y respuestas psicogalvánicas como palidecer, sudar o enrojecer.

Estos niños suelen encontrarse con el rechazo de la sociedad, mostrando una conducta de retraimiento y ansiedad, sufren vivencias angustiosas y logofobia, evitan la comunicación con otras personas y se quedan en segundo plano.

3. MANIFESTACIONES CORPORALES, LINGÜÍSTICAS Y CONDUCTUALES

Las manifestaciones corporales son claras, tics, gestos, movimientos involuntarios, tensión en los músculos del cuello y la cara. Alteraciones de la inspiración y expiración, mutismo y respuestas psicogalvánicas como palidecer, sudar o enrojecer.

Estos niños suelen encontrarse con el rechazo de la sociedad, mostrando una conducta de retraimiento y ansiedad, sufren vivencias angustiosas y logofobia, evitan la comunicación con otras personas y se quedan en segundo plano.

4. CLASIFICACION

TONICA La persona afectada inicia una conversación en la que surge el bloqueo debido a los espasmos musculares.

CLONICA Repite palabras enteras o sílabas de forma involuntaria.

MIXTA Es la combinación de las dos anteriores, siendo la más frecuente. La comunicación, se hace muy complicada por las dificultades que encuentran, tanto para iniciar la conversación, como para mantenerla.

5. CAUSAS

Son numerosas las teorías sobre la disfemia, el factor genético cobra importancia respecto a otras cuando varias personas de la misma familia padecen el trastorno, aunque se le puede atribuir a factores sociales, fisiológicos, emocionales o lesiones cerebrales. En 2010 se identifican 4 genes que presentan mutaciones, se cree que están directamente relacionados con la disfemia. También el sexo marca una diferencia, es mayor el número de varones afectados.

6. TEORIAS

KOVARSKY (1950): su teoría nos explica la relación directa entre la persona con disfemia y el hecho de ser zurdo. Se reafirma en la creencia que la disfemia se presenta en zurdos contrariados.

DINVILLE Y GACHES (1968): cree que los problemas psicológicos están relacionados con la disfemia.

CRYSTAL (1983): relaciona todos los factores que originan el trastorno con un solo problema de origen.

GALLARDO Y GALLEGO (1995): la define como un trastorno de la fluidez verbal.

M. SEEMAN: modificación del sistema palioestriado. Las causas que lo provocan son emociones o problemas de afectividad.

PERDONCINI E YVON (1968): fundamenta su teoría en los factores psicológicos, considerando necesaria la psicoterapia

WENDELL JOHNSON (1939): teoría diagnosogénica. El entorno, la implicación del propio afectado y los oyentes, causan el trastorno.

7. INTERVENCION INDIRECTA RECOMENDACIONES AL ENTORNO FAMILIAR

El entorno que rodea a la persona disfémica, cobra especial importancia en la evolución del trastorno, un ambiente relajado en el que se le inspira confianza es sumamente beneficioso. Se le debe prestar atención sin interrumpirle cuando habla, no le completaremos las frases cuando encuentre dificultades, ni nos adelantaremos a sus palabras para acabar la frase primero. Mantendremos el contacto visual y no le corregiremos, de lo contrario produciremos situaciones de inseguridad, frustraciones y miedos.

BIBLIOGRAFÍA

Claudia Patricia Groesman. La Tartamudez, Guia para docentes. Madrid: Viceconsejeria de Sanidad; 2008

Phillip J. Roberts. Terapia global de la tartamudez. 2003. Disponible en: http://bookmedico.blogspot.com

Gloria Esperanza Alvarez Ramirez. Las personas con tartamudez en España. Editorial: Cinca S.A.. Madrid. 2017

Amanda. Una pequeña mirada a través de la disfemia. 2012. Disponible en: https://disfemiainfantil.blogspot.com/2012/07/3-etilogia.html

Jose Ignacio Emilio Blazquez Serrano. La disfemia dentro de los trastornos del lenguaje. 2016. Disponible en: https://docplayer.es/21442412-1-introducción-la-disfemia-dentro-de-los-trastornos-del-lenguaje.html

Alejandro Rodriguez Puerta. Disfemia: síntomas, tipos, causas, tratamientos. Disponible en: https://www.lifeder.com\disfemia-tartamudez

Wikipedia. https://es.Wikipedia.org\wiki\tartamudez

Ardilla digital. Disponible en: http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LOGOPEDIA/TRASTORNOS%20LENGUAJE/DISFEMIAS/Disfemia%20-%20PNTE%20-%20art.pdf

TEMA 24. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.

RAQUEL ARADRA ROMERA

ÍNDICE

- DEFINICION
- APLICACIONES Y USO DE LA EPIDEMIOLOGÍA
- MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO
- OBJETIVOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA
- ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE MAYOR INCIDENCIA EN ESPAÑA
- SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
- ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA
- SITUACIONES EPIDÉMICAS Y BROTES
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

La epidemiología es la ciencia que estudia la frecuencia, la distribución y las causas de una enfermedad en la población.

Lo que interesa conocer es como se distribuye la enfermedad en función de tiempo, del lugar y de las personas.

Trata de determinar a lo largo de los años si la enfermedad a aumentado o disminuido. Si su frecuencia es mayor en un área geográfica que en otra y si las personas que tienen una determinada enfermedad muestran características diferentes a las que no las tienen.

Para ello se tienen en cuenta las características demográficas, biológicas, factores sociales y económicos, hábitos personales y características genéticas.

APLICACIONES Y USOS DE LA EPIDEMIOLOGÍA

- Fines teóricos:

1. Reducir y eliminar errores accidentales y sistemáticos (SESGOS)
2. Proporcionar información básica para realizar una clasificación.
3. Reforzar los criterios de juicio en clínica y en salud comunitaria.
4. Mejorar los conceptos y técnicas de los fenómenos de la salud.
5. Establecer observaciones de la población de referencia para crear una representatividad.

- Fines prácticos:

1. Elección de los mejores métodos diagnósticos, definir mejor las enfermedades y contribuir a su clasificación.

2. Identificar la magnitud de la enfermedad y/o de la salud de unan población definida, identificar grupo de riesgo y definir programas de salud a establecer.
3. Descubrir la causa por la que aparece y persiste una enfermedad (fundamento de las medidas preventivas)
4. Vigilancia epidemiológica estudiando la evolución de los fenómenos de la salud sometidos a condiciones naturales inestables, evolución de la normalidad y anticipación epidemiológica.

MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO

❖ ETAPA DESCRIPTIVA:

- Observación del fenómeno: recabar información; que?, quien?, cuando? Y donde?. Identificación de un problema, comparar casos similares, recolección de todos lo hechos…
- Tabulación y comparación de los datos observados, clasificarlos a fin de proceder a su análisis, identificación de las características de las hechos (descripción de casos).

❖ ETAPA ANALITICA:

- Elaboracion de una hipótesis: debe ser compatible con los conocimientos científicos disponibles. Debe analizar los siguientes elementos; la población, el efecto esperado y el desarrollado, la causa o el factor de riesgo, la relación dosis-respuesta y la relación tiempo-respuesta.

❖ ETAPA EXPERIMENTAL:

Se verificará la hipótesis por medio de:

- La validez de la información para evitar los errores sistemáticos y los provocados por los sesgos (errores accidentales) o distorsiones del estudio.
- Reproduccion del estudio para evitar errores del muestreo (precisión del estudio)
- La exactitud, macamnismo para evitar sesgos. Es decir, la combinación entre validez y exactitud.

Una vez verificada la hipótesis se emite un informe o se realiza la formulación de una ley.

OBJETIVOS DE LA EPIDEMIOLOGIA

- ✓ Comprensión de las causas de la enfermedad.
- ✓ Explicación de los patrones locales de la enfermedad.
- ✓ Descripción de la historia natural de la enfermedad.
- ✓ Propósitos administrativos.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE MAYOR INCIDENCIA EN ESPAÑA

- Enfermedades de transmisión fecohídrica: contacto directo con secreciones faríngeas o las heces de personas infectadas. Ej.: gastroenteritis, fiebres tifoideas, poliomelitis, cólera, hepatitis A y E, infecciones por Campylobacter, yersiniosis…
- Intoxicaciones y toxiifecciones alimentarias: gastroenteritis por Salmonella o viral (rotavirus, adenovirus…) botulismo (Clostridium)…
- Enfermedades por transmisión aérea: catarro común, gripe, legionelosis; se adquiere mediante inhalación de aerosoles contaminados o por microaspiración de aguas contaminadas (torres de refrigeración), tuberculosis pulmonar por inhalación de particulasinfeciosas, enfermedad meningocócica por contacto directo mediante gotas Pflüggey nucleos goticulares de Well.

- Enfermedad de transmisión por fluidos corporales: sangre, semen, saliva… Hepatitis B, C, D y G, SIDA…
- Enfermedades de transmisión sexual: SIDA, sifilis, gonorrea, trichonomas vaginalis…

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICÓ

Las enfermedades de declaración obligatoria están especificadas en el Real Decreto 2210/1995, de 28 de Diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sus funciones son:

- Identificación de los problemas de interés supracomunitario.
- Participación en el control individual y colectivo en los problemas de salud, garantizando el enlace entre vigilancia y toma de decisiones para prevención y control.
- Realización de análisis epidemiológico para identificar cambios.

- Aporte de información para la planificación.
- Difusión de la información a los niveles operativos competentes.
- Servir de base para la elaboración de estadísticas para fines estatales.

ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA

- Botulismo
- Brucelosis
- Campilobacteriosis
- Carbunco
- Cólera
- Criptosporidiosis
- Dengue
- Difteria
- Encefalitis por garrapatas
- Encefalopatías espongiformes
- Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae
- Enfermedad meningocócica
- Enfermedad neumocócica invasora
- Enfermedad por virus Chikungunga
- Fiebre amarilla
- Fiebre del Nilo

- Fiebre exantemática mediterránea
- Fiebre Q
- Fiebre recurrente por garrapatas
- Fiebre tifoidea o fiebre paratifoidea
- Fiebres hemorrágicas víricas (ébola, marburg…)
- Giardiasis
- Gripe / gripe humana por nuevo subtipo de virus
- Hepatitis A, B y C
- Herpes Zóster
- Hidatidiosis
- Infección por Chlamydia trachomatis (excepto linfogranuloma venéreo)
- Infección por E. Coli productora de toxina Shiga o Vero
- Infección gonocócica
- Legionelosis
- Leishmaniosis
- Paludismo
- Lepra
- Leptospirosis

- Linfogranuloma venéreo
- Listeriosis
- Paludismo
- Parotiditis
- Peste
- Poliomielitis/ parálisis flácida aguda en menores de 15 años
- Rabia
- Rubeola/ rubeola congénita
- Salmonelosis
- Sarampión
- SARS (síndrome respiratorio agudo grave)
- Shigellosis
- Sífilis/ sífilis congénita
- Tétanos/ tétanos neonatal
- Tos ferina
- Toxoplasmosis congénita
- Triquinosis
- Tuberculosis
- Tularemia
- Varicela
- Viriela

- VIH/SIDA
- Yersiniosis

La unidad básica temporal para la declaración de los casos es de una semana.

La información será remitida al nivel superior al lunes siguiente, en forma de datos numéricos desagregados en sus niveles inferiores inmediatos y totalizados.

En el caso del VIH o el SIDA se utiliza un sistema un sistema especial para su declaración que se realiza anualmente.

SITUACIONES EPIDEMICAS Y BROTES

Se considera la existencia de brote o situación epidémica en los siguientes casos:

- Hay un crecimiento elevado de casos con relación a los valores esperados.
- Aparicion de una enfermedad en una zona donde antes no existía.
- Cuando se dan procesos de intoxicaciones agudas colectivas debido a una causa accidental, consumo o manipulación.
- Aparicion de alguna catástrofe que afecte o pueda afectar a la salud de una comunidad.

La declaración de brote epidémico es obligatoria y urgente.

BIBLIOGRAFÍA

- Madrimasd.org
- Medlineplus.gov
- Wma.net
- Cibersp.es
- Hihiene.edu.uy

TEMA 25. ADAPTACIÓN CALENDARIO DE VACUNACIÓN EN PERSONAS INMIGRANTES ADULTAS.

MIRIAM ASENJO GARCÍA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- JUSTIFICACIÓN
- OBJETIVO
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Desde el punto de vista de la vacunación, se considera adulta sana a toda persona mayor de 15 años, que no está incluida en grupos de riesgo de vacunación.

Las personas inmigrantes se consideran grupo de riesgo de vacunación, ya que, proceden a menudo de países socioeconómicamente deprimidos lo que suele significar que están insuficiente o incorrectamente vacunados y, por lo tanto, expuestos a agentes infecciosos ante los que la población autóctona suele estar inmunizada. Esto significa que, además del riesgo individual, pueden constituirse en agentes transmisores de enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

En España residen más de 4 millones de personas extranjeras, lo que supone casi del 10% de la población española.

Estos grupos de población suelen viajar, también, a sus países de origen y puede conducir a que una epidemia del país de origen se traslade y expanda con facilidad.

OBJETIVO

Reforzar el control de infecciones inmunoprevenibles.
Aumentar la cobertura de vacunación y crear inmunidad de grupo.

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica de fuentes primarias, lectura crítica de documentos escritos en castellano y publicados en los últimos 5 años.

RESULTADOS

Entre los problemas que pueden encontrar los sanitarios están:

- Traducir las cartillas de vacunación
- Ausencia de documentación
- Desconocimiento de los calendarios vacunales y de las coberturas en los países de origen
- Falta de documentos de filiación y residencia
- Calendarios incompletos y pautas no validas (en ocasiones pautas falsas en documentos falsos)

Se completarán las pautas sin reiniciarlas ni repetir dosis.

En caso de duda o de no presentar ningún documento de vacunación, se considerarán como no recibidas.

Adaptación del calendario según la Consejería de sanidad:

VACUNA	PAUTA
- Triple vírica (TV) - Tétanos difteria (Td) - Poliomielitis (VPI) - Hepatitis B (HB) - Varicela	- 2 dosis - 3 dosis en primovacunación - 1 a 3 dosis - 3 dosis - 2 dosis

En caso de haberse administrado una dosis con anterioridad de TV, se administrará una sola dosis.

VPI: primovacunación con 3 dosis para personas adultas no vacunadas procedentes de países endémicos de virus salvaje (http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/) Para países en los que han circulado virus derivados de la vacuna, 1 dosis de refuerzo.

Hepatitis B: se recomienda la realización de marcadores serológicos (AgHBs, anti-HBs y anti-HBc) en personas sin historia documentada de HB, que procedan de países de alta endemia. En caso de resultado negativo se recomienda vacunación con 3 dosis de HB en las personas con riesgo de infección por VHB.

Se realizará serología de varicela (IgG) si no presenta antecedentes de enfermedad ni se ha vacunado con dos dosis. En caso de antecedente de 1 dosis, se administrará la 2ª dosis.

Cronología:

Mes 0 (1ª visita)	1 mes	6-12 meses
TV	TV	
Td	Td	Td
VPI	VPI	VPI
HB	HB	HB
Varicela	Varicela	

CONCLUSIONES

Puede resultar muy difícil conocer las vacunas recibidas previamente y disponer de los documentos sanitarios que lo acrediten.

Siempre se valorará cada caso de manera individual.

Es un campo muy dinámico, en constante cambio y evolución que requiere una adaptación continua.

BIBLIOGRAFÍA

Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en población adulta. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, septiembre 2018.

Zubizarreta Alberdi, R. Vacunación en inmigrantes. Fisterra. Última revisión: 26/09/2017

TEMA 26. AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MARIA JOSE DÍAZ COUSO

JONATHAN ELENA VARELA

IRENE ALONSO SOLLA

ÍNDICE

- **DESCRIPCIÓN DEL CASO**
- **VALORACIÓN**
- **DIAGNÓSTICOS**
- **EVOLUCION**
- **EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES**

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Jl D.P., varón, de 72 años, nacido el X-X- 1.939.
Dependiente para todas las ABVD. Antiguo usuario del Centro de Atención Primaria del xxxx, en los últimos años ha residido en dos instituciones geriátricas. Es casado, con un único hijo, alcohólico, con el que no tiene ningún trato.
Antecedentes familiares: No constan
Antecedentes personales:
Depresión de más de 30 años de evolución
Deterioro cognitivo por demencia vascular
Colelitiasis
Bronquiectasias. Etiquetado de EPOC con imposibilidad de valorar la función pulmonar.
Neumonía por broncoaspiración
Antecedentes quirúrgicos:
Hernia discal
Lesiones abdominales por intento de autolisis

Tratamiento farmacológico actual:
Enalapril 20 mg (1-0-0) vo
Seretide 25/250mcg (2-0-2)
Paracetamol 1g- 1 comp. c/8h vo
Risperidona (1/2-0-1) vo
Venlafaxina 37,5 c/48h vo
Haloperidol ½ ampolla s/p
Ferrosanol (0-1-0) cápsulas gastrorresistentes 100 mg vo
Loracepam 1mg (1/2-1/2-1)
Tratamiento dietético actual: hiposódico e hiperprotéico
Adherencia al tratamiento: No valorable debido al reciente cambio en la situación del paciente

Situación Actual:

En los últimos 4 meses ha estado hospitalizado en dos ocasiones, diagnosticándosele neumonía broncoaspirativa, malnutrición, HTA, ITU por E. Coli, y bacteriemia polimicrobiana con posible punto de partida en las múltiples escaras por decúbito que presenta. Su esposa denuncia a la residencia geriátrica y, al alta, el paciente se reincorpora al domicilio familiar, convirtiéndose nuevamente en usuario del centro de AP. Requiere asistencia a domicilio.

No cuenta con apoyos familiares; la cuidadora principal es su mujer, de 78 años. Los recursos familiares son escasos, alrededor de los 1.000 € mensuales y no cuentan con ahorros. El piso familiar es propio pero con importantes barreras arquitectónicas (escaleras, bañera, …) y carente de otros medios que provean de confort al paciente como calefacción, colchón antiescaras, calzas, cama articulada, iluminación adecuada etc…

VALORACIÓN

Patrón nº1- Percepción/Manejo de la Salud
72 años. NAMC. Vacunación al día. **Antecedentes de EPOC, colelitiasis, neumonía broncoaspirativa, demencia y depresión crónica.** Intervenido de **perforación abdominal** tras autoinfligirse varias puñaladas y de **hernia discal**.
Tratamiento farmacológico habitual con antipsicóticos, antidepresivos, antihipertensivos, benzodiacepinas, analgésicos, broncodilatador con corticoides y hierro. Cuidadora **sin conocimientos** sobre la medicación, posibles interacciones y efectos adversos.
Tratamiento dietético hiposódico e hiperprotéico insuficiente, se aconseja ingesta de vitamina C.

Dependiente para todas las ABVD, incapaz de proteger su salud, y no cuenta con recursos ni apoyo familiar. Su cuidadora principal es su mujer, de 78 años que no asume el problema, y la casa no se encuentra adaptada a las necesidades del enfermo.

En la1ªvisita domiciliaria observamos que el pañal había rebosado y la **cama** estaba **mojada**. Entre paciente y cama hay una toalla de playa sin extender y cuyas arrugas se le marcaban en la espalda. Estaba colocado sobre el trocánter ulcerado. Le cambiamos pañal y cama, colocando una entremetida para facilitar cambios posturales (CP). La cama presenta una **única barandilla** y debe mantenerse arrimada contra la pared de la habitación para evitar caídas, dificultando los CP y de pañal. No hay calefacción y se percibe **humedad**, no solo en la ropa de cama (incluso la limpia que nos facilita), sino en el ambiente. **No** contamos con **iluminación** adecuada para realizar las curas, la lámpara de techo sólo tiene una bombilla, de poca potencia.

Intervenciones: pautas CP pero la mujer no presta atención.
Índice de Katz tipo G, Escala de la Cruz Roja grado 5
Índice de Barthel 0 puntos

Patrón nº 2- Nutricional/Metabólico

Caquexico, Desnutrición m/p alteración en proteinograma: Glucemia basal alterada. A**petito disminuido y dificultades para comer**: falta de piezas dentales, dificultad para incorporarse, dolor, enfermedad mental. Se le ha retirado la prótesis dental por disminución del NC. Dieta triturada o túrmix, hiposódica e hiperprotéica, complemento de Fe. Tª 36,5**. Palidez cutánea, mucosas secas. Multiulcerado**: sacro, trocánter izquierdo y talones. Las dos primeras en grado IV, muy extensas, con afectación del hueso, abundante exudado, fibrina y tejido desvitalizado, e infección por Moganella Morgagni, Eggrettela lenta, Prevotella oralis y bacteroides thetainotaomicrom. Requiere supervisión diaria de los puntos de presión y se recomienda colchón antiescaras.

Patrón nº3- Eliminación
Incontinente total, usa pañal. Muy sudoroso.

Patrón nº4- Actividad/Ejercicio
Dependiente total para todas las ABVC, **encamado e hipertenso**, precisa tratamiento farmacológico y dietético. Eupnéico. **Riesgo de caídas**. La cama tiene una sola barandilla, por lo que debe mantenerse arrimada contra la pared, lo que dificulta los cambios.

Patrón nº5- Sueño-Descanso
A tratamiento con loracepam para facilitar el descanso

Patrón nº6- Cognitivo-Perceptivo
Somnoliento, desorientado y confuso, emite sonidos incomprensibles y retira el miembro ante estímulos dolorosos. Glasgow 8 puntos. Preguntamos si presenta **dolor** y nos responde afirmativamente

Patrón nº7- Autopercepción
Depresión crónica (evolución 30 años) , un intento de suicidio**. Sin** existe riesgo de violencia autodirigida por debilidad

Patrón nº8- Rol-Relaciones
Barreras arquitectónicas, **encamado,** NC disminuido ; relaciones muy deterioradas.

Patrón nº9- Sexualidad-Reproducción
Sexualmente **inactivo**, **sin revisiones prostáticas**.

Patrón nº10- Afrontamiento-Tolerancia al Estrés

1ª visita paciente tranquilo. La cuidadora no afronta la nueva situación, no se implica, ni atiende nuestras indicaciones, Manifiesta repetidamente su negativa a realizar los CP y de pañal. Proyecta su responsabilidad sobre los servicios de la comunidad y solicita atención urgente manifestando que el paciente “está solo en casa”.

Patrón nº11- Valores-Creencias

Católico no practicante

DIAGNÓSTICOS

DOLOR AGUDO M/P VERBALIZACIÓN, DIAFORESIS Y POSICIÓN FETAL R/C UPP Y POSICIÓN INADECUADA
AFRONTAMIENTO FAMILIAR INCAPACITANTE M/P NEGATIVAS REITERADAS, FALTA DE ATENCIÓN
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES M/P ARRUGAS CAMA, HUMEDAD, COLOCACIÓN SOBRE TROCANTER ULCERADO R/C NEGACIÓN
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA M/P UPP R/C EDAD, CAQUEXIA, HUMEDAD
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO M/P CAQUEXIA, PALIDEZ, DEBILIDAD
RIESGO DE CAÍDAS F/R EDAD, DEMENCIA, MALA ILUMINACIÓN, MEDICACIÓN,

EVOLUCIÓN

•SAMU El paciente está muy agitado, verborreico y con alucinaciones visuales y auditivas. Se deriva al hospital donde advierten que la esposa, por una errónea interpretación del informe de alta, no le ha administrado la medicación habitual (risperidona, venlafaxina, lorazepam…)
• Alta. Portador de soda foley
•112 Llamada para que acudamos a cambiarle la bolsa de orina. Se le explica la técnica telefónicamente, pero se niega a cambiársela. Horas más tarde acude al centro una vecina para que se lo expliquemos, porque la sonda está rebosando.
•llamada urgente que nos avisa de que está inconsciente. Cuando llegamos está consciente pero presenta edema en ambas manos y otras tres UPP: en costado y cara interna del brazo derecho, y oreja derecha también. CV normales. Nueva hospitalización
•Muerte

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Actividades realizadas:
Derivación a servicios sociales y asesoramiento sobre el tema.
Educación sobre cambios posturales, procedimiento de cambio de cama con paciente dentro, colocación de almohadas para descansar zonas de presión y para facilitar la deglución, vigilancia de la piel y cuidados zona perineal
Educación sobre dieta: aumento de proteínas en el puré y de vitamina C
Educación sobre cambio de colector en sonda vesical
Administración de medicación
Cura de UPP y vigilancia de la piel

La derivación a servicios sociales no llegó a tiempo porque el equipo no llegó a un acuerdo sobre la necesidad de denunciar el caso

TEMA 27. ALCOHOLISMO.

ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA

MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ

MARTA ATIENZA CORREAS

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
3. CAUSAS
4. DEPENDENCIA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA
5. SÍNTOMAS
6. CONSECUENCIAS
7. BIBLIOGRAFÍA

1. DEFINICIÓN

El alcoholismo es un trastorno conductual crónico, manifestado por excesiva ingestión de alcohol, respecto a normas sociales y dietéticas de la comunidad, y que acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor, constituyendo hoy uno de los principales problemas de salud a escala mundial.

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. Parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte. [1]

La gravedad del alcoholismo adquiere una mayor connotación al constituir una adicción cada vez más frecuente entre los adolescentes. Por tanto la adolescencia es considerada como uno de los principales grupos de riesgo, favorecido por las características biológicas, psicológicas y sociales que se definen con respecto a este período evolutivo. [2]

2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

- La **tolerancia** a la sustancia, entendida como la necesidad de consumir cantidades marcadamente crecientes para conseguir el efecto deseado o el efecto de las mismas cantidades disminuye con su consumo continuado.
- La aparición del **síndrome de abstinencia** al interrumpir o disminuir el consumo prolongado. Sus síntomas más comunes son las náuseas, el sudor, los temblores y la ansiedad.
- La **pérdida de control** con respecto a la ingesta de la sustancia.
- La aparición del **deseo insaciable y compulsivo** de beber alcohol.

La obtención, el consumo y la recuperación de los efectos secundarios del alcohol conllevan la mayor parte del tiempo de la persona alcohólica. [3]

La mayoría de personas consumen alcohol con los siguientes fines:

- Sentirse bien y divertirse
- Escapar de situaciones negativas
- Degustar el sabor de las bebidas alcohólicas
- Sentirse cómodos en reuniones
- Ser parte del Grupo
- Emborracharse [4]

3. CAUSAS

No existe una causa específica para la dependencia al alcohol, existen factores de riesgo que juegan un papel importante en su desarrollo:

- Biológicos: las anomalías genéticas o bioquímicas pueden ser causa de alcoholismo en personas con familiares alcohólicos o con trastornos psiquiátricos.
- Psicológicos: ansiedad, baja autoestima, conflictos familiares, timidez, etc.
- Sociales: facilidad para tomar contacto con el alcohol. Entorno de consumo, abuso del alcohol en situaciones sociales, estilos de vida estresantes, etc. [5]

4. DEPENDENCIA Y SÍNDROME DE ABSTINENCIA

La **dependencia al alcohol** se define como enfermedad crónica por la que una persona siente deseo de tomar bebidas alcohólicas y no puede controlar ese deseo. Una persona con esta enfermedad también necesita beber mayores cantidades para conseguir el mismo efecto y tiene síntomas de abstinencia después de interrumpir el consumo de alcohol. La dependencia del alcohol afecta la salud física y mental, y causa problemas con la familia, los amigos y el trabajo. El consumo regular de alcohol aumenta el riesgo de contraer varios tipos de cáncer. También se llama alcoholismo. [6]

Existen dos tipos de dependencia al alcohol:

- Física: cuando se interrumpe la ingesta de alcohol con síntomas muy claros, como temblores, sudoración… llegando incluso a producir la muerte. [5]

- Psicológica: produce en el individuo el pensamiento de no ser capaz de sobrevivir sin sustancias alcohólicas. 5

El **síndrome de abstinencia** es el conjunto de síntomas provocados en el organismo dependiente física y mentalmente a una sustancia ante la retirada brusca de ésta. Dicha retirada puede referirse a un cese completo del consumo o bien a una reducción de este en cantidad y/o frecuencia, y los síntomas no son debidos a otras enfermedades médicas o mentales. [7]

En el período de supresión o limitación del consumo de alcohol puede aparecer una alucinosis alcohólica aguda: alucinaciones auditivas y visuales nítidas y persistentes en personas dependientes al alcohol (habitualmente el paciente escucha expresiones negativas hacia su persona), sin trastornos de la conciencia. Puede transitar a una forma crónica. [8]

5. SÍNTOMAS

Según la cantidad de síntomas que presente, el trastorno por consumo de alcohol puede ser leve, moderado o grave. Los principales signos y síntomas son los siguientes:

- Incapacidad para limitar la cantidad de alcohol que se consume
- Deseo o intentos fallidos de reducir la cantidad de alcohol que se consume
- Pérdida de mucho tiempo bebiendo u obteniendo el alcohol, o recuperándose del consumo
- Deseo fuerte o necesidad de beber alcohol
- Incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela o el hogar debido al consumo reiterado de alcohol. [9]

- Consumo continuo de alcohol incluso conociendo que esto causa problemas físicos, sociales o interpersonales
- Abandono o reducción de actividades sociales o laborales y pasatiempos
- Consumo de alcohol en situaciones donde no es seguro, como al conducir
- Desarrollo de tolerancia al alcohol, de manera que es necesario más cantidad para sentir su efecto
- Presencia de síntomas de abstinencia, como náuseas, sudoración y temblores, cuando no se bebe, o beber para evitar estos síntomas. [9]

6. CONSECUENCIAS

Las consecuencias que el alcohol produce sobre el organismo son variadas y afectan a diferentes niveles.

Consecuencias físicas

- Disminuye la actividad de las neuronas del sistema nervioso
- Tiene efecto tóxico sobre el tejido del corazón, alterando el ritmo y frecuencia de las pulsaciones, modifica las células de la sangre y cambia la dilatación de los vasos sanguíneos.
- Altera la nutrición por la reducción de las vitaminas, la disminución del azúcar en sangre y el aumento del ácido úrico. Produce alteraciones gástricas, intestinales, pancreáticas y las conocidas hepatitis, cirrosis e hígado graso. [10]

- Altera la conducta sexual por la pérdida de la libido, produce a largo plazo atrofia muscular y debilidad progresiva, deterioro en la piel, aumento de triglicéridos, colesterol e hipogonadismo y ginecomastia por alteración del metabolismo de estrógenos.
- Especialmente grave es el síndrome alcohólico fetal que afecta a los recién nacidos, cuyas madres han consumido cantidades excesivas de alcohol durante el embarazo.
- Disminución de la fertilidad.

Consecuencias psicológicas:

- Delirium inducido por alcohol (Delirium Tremens): estado tóxico-confusional acompañado de trastornos somáticos, de corta duración y que, a veces, hace peligrar la vida del individuo. [10]

- Demencia persistente inducida por alcohol: trastornos intelectuales y del razonamiento complejo, trastornos de la memoria y trastornos de la atención.
- Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- Encefalopatía de Gayet-Wernicke: alteraciones de la conciencia, de la memoria y de la coordinación de los movimientos.
- Encefalopatía de Korsakoff: afectación importante de la memoria, confabulaciones y alteraciones en el razonamiento.
- Trastornos psicóticos inducidos por alcohol
- Alucinosis alcohólica: síntomas psicóticos que se produce tras una intensa intoxicación alcohólica en la que el individuo ha estado consumiendo dosis elevadas de alcohol durante varios días. [10]

- Celotipia Alcohólica: desconfianza patológica respecto a la fidelidad del compañero.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol: con mucha frecuencia, el consumo excesivo y crónico de alcohol se asocia con depresión.
- Trastorno de ansiedad inducido por alcohol: ansiedad generalizada y fobias sociales.
- Trastorno del sueño inducido por alcohol.

Consecuencias sociales

- Accidentes de tráfico, especialmente con víctimas mortales.
- Descontrol económico y deterioro de la economía familiar. [10]

- Conflictos familiares, especialmente los relacionados con violencia familiar y de género.
- Problemas en el trabajo: absentismo laboral, disminución del rendimiento laboral, accidentes y bajas médicas, pérdida del puesto de trabajo.
- Aumento de delitos: contra la propiedad, tráfico e imprudencias, violencia familiar y de género, contra la libertad sexual etc. [10]

7. BIBLIOGRAFÍA

1. García Betancourt N, Morales Rigau JM, Gonzalez Pino M, Serrano Dueñas Y, Trujillo Rodríguez Y et al. Prevalencia del alcoholismo y factores asociados. Municipio Matanzas. 2011-2012. Rev Med Electron (Cuba) [Revista online] 2015 [citado 5 Feb 2019]; 37(2):130-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000200004
2. Roig Castro IS, Soler MY, Pérez Rosabal SE, Pérez R, Soler Sánchez KR. Programa educativo para favorecer conocimientos sobre alcoholismo en adolescentes. Revista Médica. Granma [Revista online] 2017 [citado 6 Feb 2019]; 21(3):162-173. Disponible en: http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/533

3. Topdoctors.es [actualizado 1 Mar 2016; citado 7 Feb 2019]. Disponible en: https://www.topdoctors.es/articulos-medicos/que-causa-el-alcoholismo
4. Monografias.com [actualizado May 2010; citado 7 Feb 2019]. Disponible en: https://www.monografias.com/trabajos65/alcoholismo-causas-consecuencias-tratamiento/alcoholismo-causas-consecuencias-tratamiento.shtml
5. Fundacionrecal.org [actualizado 2016; citado 8 Feb 2019]. Disponible en: https://www.fundacionrecal.org/que-es-la-adiccion/tipos-de-adiccion/alcoholismo/
6. Cancer.gov [actualizado 2015; citado 8 Feb 2019]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/dependencia-del-alcohol

7. Psicologíaymente.com [actualizado 2012; citado 9 Feb 2019]. Disponible en: https://psicologiaymente.com/drogas/sindrome-de-abstinencia
8. Empendium.com [actualizado 2008; citado 10 Feb 2019]. Disponible en: https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.21.6.
9. Mayoclinic.com [actualizado 2013; citado 12 Feb 2019]. Disponible en: https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alcohol-use-disorder/symptoms-causes/syc-20369243
10. Proyectohombre.es [actualizado 2016; citado 13 Feb 2019]. Disponible en: http://proyectohombre.es/alcohol/

TEMA 28. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF): PREVALENCIA Y CONSECUENCIAS.

CARLA MARIA FERNANDEZ CASTRO

OMAR RODRIGUEZ ALVAREZ

ÍNDICE

- **Introducción y justificación**
- **Marco jurídico**
- **Prevalencia**
- **Recomendaciones en la actuación profesional para la prevención y abordaje de la MGF.**
- **Conclusión**

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) según la Organización Mundial de la Salud (OMS), comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos atentando contra la salud de la mujer.

Según la clasificación de la OMS (2007), se identifican cuatro tipos de MGF:

- Tipo I o clitoridectomía: resección parcial o total del clítoris y, en casos muy infrecuentes solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
- Tipo II o escisión: resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.

- Tipo III o infibulación: estrechamiento y cierre de la apertura vaginal mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- Tipo IV: todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Existen viarias razones por las que la práctica de la MGF se realiza. Entre ellas, la costumbre y tradición, sociológicas, higiénicas y estéticas, reproductoras o psicosexuales como fomento de la castidad y control sexual.

MARCO JURÍDICO

La mutilación genital femenina es condenada por numerosos tratados y convenciones internacionales, al igual que desde las legislaciones nacionales de muchos países. El Articulo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos dice que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar” y esto ha sido utilizado para argumentar que la mutilación genital femenina viola el derecho a la salud y la integridad corporal. Con la MGF considerada con una forma de violencia contra las mujeres, se puede resaltar la Convención de las Naciones Unidas contra la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres.

De forma similar, definiéndola como una forma de tortura tiene también espacio en la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Además, desde que la MGF es considerada una práctica tradicional prejudicial para la salud de los niños, y en la mayoría de casos llevada a cabo en menores, viola también por tanto, la convención de los derechos de los niños.

PREVALENCIA

A pesar de que el número exacto de niñas y mujeres que han sido sometidas a la MGF en el mundo sigue siendo un dato desconocido, son al menos 200 millones las niñas y mujeres que han sido mutiladas en 30 países con datos de prevalencia representativos. Aun así, la mayoría de niñas y mujeres de estos países con datos disponibles, opinan que esta práctica debería de erradicarse y parece que la tendencia de su práctica va en descenso en las últimas tres décadas, pero no todos los países han progresado en este sentido de la misma manera y el ritmo en el intento de erradicación de esta práctica es muy irregular.

Los datos existentes de los encuestas representativas a gran escala, muestran que la práctica de la MGF está altamente concentrada en el conjunto de países de la costa Atlántica hasta el cuerno de África, en áreas de Oriente Medio como Irak y Yemen y en algunos países asiáticos como Indonesia con amplias variaciones de prevalencia. Esta prácticas es casi universal en Somalia, Guinea y la República de Yibuti con niveles cercanos al 90%, mientras que en otros países como Camerún y Uganda, afecta al 1% de las niñas y mujeres.

La MGF es una cuestión de derechos humanos que afectas a niñas y mujeres de todo el mundo. La evidencia pone de manifiesto que este problema existe también en países como, Colombia, India, Malasia, Omán, Arabia Saudí y Emiratos Árabes Unidos, con grandes variaciones en cuanto al tipo de mutilación practicada, las circunstancias que rodean a esta práctica y el tamaño de los grupos de población afectada. Esta práctica ha sido también notificada en zonas puntuales de Europa, Australia, y América del Norte, las cuales desde las últimas décadas han sido destino de mujeres migrantes de países donde esta práctica sigue siendo una realidad.

RECOMENDACIONES EN LA ACTUACIÓN PROFESIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA MGF.

Debido a que la MGF ocasiona múltiples consecuencias perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas que son sometidas a la práctica, las y los profesionales sanitarios deben estar especialmente implicados en su prevención. Las características de la Atención Primaria (accesibilidad, atención integral y continuada, intervención comunitaria e intersectorial) contribuyen al establecimiento de relaciones de confianza con las familias a lo largo del tiempo lo que la convierten en un ámbito clave para la prevención y detección de la MGF.

En el abordaje de la MGF ha de tenerse en cuenta la complejidad del problema dado el entorno social y cultural en el que se desarrolla, siendo fundamental que las y los profesionales adopten un rol facilitador, de ayuda y apoyo, en un ambiente respetuoso y de confianza que garantice la universalidad y la continuidad de todas las intervenciones terapéuticas y de prevención.

Un punto fundamental que no debemos olvidar es que la mayoría de las familias que practican la MGF a sus hijas lo hace pensando que es beneficioso para ellas, por lo que es importante lograr empatía con la familia y adoptar una actitud asertiva, manteniendo con firmeza los argumentos con respecto a las consecuencias negativas que supone su realización. A la hora de intervenir sobre el problema tanto desde el ámbito de la prevención como de la atención a las mujeres y niñas, pueden ser útiles una serie de recomendaciones comunes tanto para el abordaje individual como grupal y comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

- United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. [Internet] New York: UNICEF; 2016 [Consultado 11 de mayo 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
- Instituto de Estadística. Padrón Continuo [base de datos en Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2015 [Consultado 4 de Junio 2016]. Disponible en: http://www.madrid.org/iestadis/
- OMS. Mutilación Genital Femenina. [Internet] Nota descriptiva N°241. OMS; 2016 [Consultado 11 de mayo de 2016] OMS. Disponible en : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/

- World Health Organization: Eliminating Female genital mutilation – An interagency statement (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO). [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008 [Consultado 11 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la MGF. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2015
- García de Herreros Madueño, T., Garabato González, S., Martínez Blanco, M.L. (coords.) y Grupo de Trabajo {2017). Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid. Madrid: Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.

- World Health Organization. WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation. [Internet]. Geneva: WHO; 2016.
- Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP).

TEMA 29. EXPOSICIÓN AL RUIDO COMO PROBLEMA DE SALUD LABORAL.

BÁRBARA ROJAS SALINERO

TAMARA GIL BLANCO

ANA MARÍA PARRA CRUZ

Índice

- Caso clínico
- Palabras clave
- Material y método
- Objetivos

- Objetivo 1. Evaluar la situación actual, partiendo de la prevalencia y de posibles consecuencias negativas que tiene el ruido en nuestra sociedad

- Objetivo 2. Descubrir los factores de riesgo endógenos y exógenos que predisponen a padecer problemas auditivos.

- Objetivo 3. Identificar los umbrales de ruido relacionados con la salud en diferentes situaciones.
- Objetivo 4. Conocer normativas que regulen el ruido
- Objetivo 5. Descubrir principales patologías que se relacionan con la exposición al ruido
- Objetivo 6. Enumerar diferentes medidas de prevención y tratamiento relacionadas con patologías auditivas por exposición la ruido
- Bibliografía

Caso – Exposición al ruido

Carlos, enfermero en banco de sangre refiere que no oye bien.

Carlos tiene 25 años de edad, y trabaja en banco de sangre, al lado de la sala de calderas del Hospital General de Albacete. Refiere que no oye bien últimamente.

Trabaja en turnos de mañana, durante 7 horas en la sala de máquinas. Según el Servicio de Salud Laboral el nivel de ruido permitido supera los 86db. Refiere malestar general e irritabilidad, no descansa bien por las noches y ha perdido el apetito.

Además, va al gimnasio y sale a correr tres días a la semana (dice que le gusta escuchar música mientras hace deporte) y los fines de semana trabaja en un bar de copas en la zona de Albacete.

Palabras clave

- Ruido
- Hipoacusia laboral
- Decibelios
- Auriculares
- Enfermería

Material y métodos

Bases de datos consultadas

- PubMed
- Scielo
- Dialnet
- Elsevier
- PubMed
- Cuiden

Páginas web

- Ministerio de Sanidad
- DECS

Objetivos

1. Evaluar la situación actual, partiendo de la prevalencia y de posibles consecuencias negativas que tiene el ruido en nuestra sociedad.

2. Descubrir factores de riesgo endógenos y exógenos que predisponen a padecer problemas auditivos.

3. Identificar umbrales de ruido relacionados con la salud en diferentes situaciones.

4. Conocer normativas que regulen los niveles de ruido.

5. Descubrir principales patologías que se relacionan con la exposición al ruido.

6. Enumerar diferentes medidas de prevención y tratamiento relacionadas con patologías auditivas por exposición al ruido.

Objetivo 1. Evaluar la situación actual, partiendo de la prevalencia y de posibles consecuencias negativas que tiene el ruido en nuestra sociedad

- ✓ 1/3 de los trabajadores europeos están expuestos a ruido.
- ✓ Los 10,6% trabajadores expuestos a elevados niveles ruido.
- ✓ En los EEUU enfermedades ocupacionales más frecuentes.
- ✓ Cuarto lugar entre las enfermedades profesionales más prevalentes e irreversibles.

Consecuencias negativas del ruido en nuestra sociedad

FÍSICAS
- Pérdida de la audición
- Malestar/estrés
- Trastornos del sueño
- Afecciones cardiovasculares

ECONÓMICAS
- Costes sanitarios
- Baja productividad
- Accidentes laborales
- Depreciación de inmuebles

SOCIALES
- Dificultad en la convivencia
- Conductas agresivas
- Pérdida de atención

Objetivo 2. Descubrir los factores de riesgo endógenos y exógenos que predisponen a padecer problemas auditivos.

Factores que determinan el tipo y la gravedad de una lesión auditiva producida por el ruido:

- *Factores Endógenos.*
- *Factores Exógenos.*

Factores endógenos

- Susceptibilidad individual.
- Edad.
- Sexo.
- Enfermedad del oído medio

Factores exógenos

- Intensidad ruido
- Frecuencia del ruido
- Tiempo de exposición
- Naturaleza del ruido
- Tipo de protección utilizada y tiempo.

Objetivo 3. Identificar los umbrales de ruido relacionados con la salud en diferentes situaciones.

Nivel de dB	**Valoración**
30	Débil
50-60	Moderado
70-80	Fuerte
90	Muy fuerte
120	Ensordecedor
130	Umbral de sensación dolorosa

La OMS recomienda los siguientes niveles sonoros:

- Reproductores de tipo MP3: 85 dB durante 1 hora diaria.
- Altavoces: no más de 85 dB.
- Exteriores: entre 50 y 55 dB.
- Interiores: no deben pasar de los 35 decibelios.
- Hospitales: menos de 30 dB.

Objetivo 4. Conocer normativas que regulen el ruido

Estas normativas tratan de establecer y cumplir:

- Planes de acción para actuar sobre contaminación acústica.
- Declaración de zonas de protección o situación acústica especial.
- Elaboración de planes zonales específicos.

Legislatura aplicable

- Directiva del Consejo de 12 de mayo de 1986 relativa a la protección de los trabajadores contra la exposición al ruido durante el trabajo.

- Real Decreto 1316/1989, de 27 de octubre, relativo a la protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido.

- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, de prevención de riesgos laborales.

- Real Decreto 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo

Objetivo 5. Descubrir principales patologías que se relacionan con la exposición al ruido

El daño auditivo es progresivo e irreparable

- Enmascaramiento de la audición.
- Fatiga auditiva.
- Tinnitus.
- Hipoacusia permanente.

- <25 dB: Audición normal
- 26-40 dB: Hipoacusia leve
- 41-55 dB: Hipoacusia moderada
- 56-70 dB: Hipoacusia moderada a severa
- 71-90 dB: Hipoacusia severa
- >90 dB: Hipoacusia profunda

Otros efectos

- Equilibrio: vértigos y sincopes.
- Visión: estrechamiento del campo visual. Dilatación de pupilas y nistagmus.
- Sistema cardiovascular: alteración del ritmo cardiaco. Riesgo coronario.
- Presión arterial.
- Aparato digestivo: alteraciones de la secreción ácida del estómago.

- **Motilidad**
- **Aparato respiratorio:** aumento de la frecuencia respiratoria.
- **Psicológia**: ansiedad. Dificultad de concentración. Inseguridad.
- **Inquietud. Agresividad. Disminución de la efectividad en tareas**
- **Funciones neuroendocrinas y sistema reproductor**

Objetivo 6. Enumerar diferentes medidas de prevención y tratamiento relacionadas con patologías auditivas por exposición la ruido

- **Medidas preventivas:**
  - Regla 60/60
  - Auriculares:
    - Auriculares superficiales.
  - Usar EPIs en periodos largos de ruido.
  - Intentar no utilizar varias máquinas ruidosas.
  - No sustituir el ruido.
  - Seguimiento periódico.
  - Concienciar a los trabajadores.
  - Normativas que regulen los niveles de ruido.

- **Tratamiento:**

  - Disminuir el tiempo e intensidad expuesto al ruido.
  - Atenuantes del daño celular.
  - Adaptación audioprotésica, enmascadores de acúgeno, implantes cocleares.
  - Estrategia rehabilitadora individualizada.

Bibliografía

- Ganime JF, Almeida da Silva L, Robazzi ML, Valenzuela Sauzo S, Faleiro SA. El ruido como riesgo laboral: una revisión de la literatura. EG. 2010; 19: 1-15.

- Barbero Bajo J. Ruido: el enemigo invisible. LEX NOVA. 2006: 32-35.

- Alonso Díaz JA. Resultados de la aplicación del protocolo de ruido en trabajadores expuestos a un nivel de ruido continuo diario equivalente igual o superior a 85 decibelios (a). Med Segur Trab. 2014; 60 (234): 9-23.
- Hernández Díaz A, González Menéndez BM.

- Alteraciones auditivas en trabajadores expuestos al ruido industrial. Med Sagur Trab.2008; 53 (208): 00-00.

-Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Superintendencia de Riesgos Laborales. Protocolo de evaluación de hipoacusias inducidas por ruido. Comisión Medica Central. 2013.

-Breinbauer HA, Anabalón JL. Reproductores de música personal: una conducta de riesgo emergente. Rev Otorrinilaringol Cir Cabeza Cuello. 2009; 69:213-220.

-Otárola Merino F, Otárola Zapata F, Finkelstein Kulka A. Ruido laboral y su impacto en salud. Ciencia y trabajo. 2006; 8 (20): 47-51.

-UGT de Cataluya. Secretaria de política sindical- salut laboral. Hipoacusia laboral por ruido.

-Gómez Martínez M, Jaramillo García JJ, Luna Ceballos Y, Martínez Valencia A, Velásquez Zapata MA, María Vásquez E. Ruido industrial: efectos en la salud de los trabajadores expuestos. Rev CES Salud Pública. 2012; 3 (2): 174-183.

-Medina Medina A, Velásquez Gómez GI, Giraldo Vargas L, Henao Ayora LM, Vásquez Trespalacio EM. Sordera ocupacional: una revisión de su etiología y estrategias de prevención. CES Salud Pública. 2013; 4:116-124.

-Abad Toribio L, Colorado Aranguren D, Martín Ruiz D, Retana Maqueda MJ. Ruido ambiental: seguridad y salud. Tecnologi@ y desarrollo. 2011; 3: 00-00.

- Técnicos Superiores de Prevención del Servicio de Medicina del Trabajo, Ergonomía y Psicosociología Aplicada del IRSST. Hipoacusia laboral. 2006.

- Comisión de salud pública. Protocolos de vigilancia sanitaria especifica. Ruido. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000

- OSALAN.Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales. Protocolos de vigilancia especifica. Ruido. País Vasco: Eusko Jaurlaritza.

- Comisión de salud pública. Protocolos de vigilancia sanitaria especifica. Ruido. Junta de Andalucía: Consejería de Sanidad y Consumo; 2002.

TEMA 30. INTERVENCION EN EL AREA SOCIAL SANITARIO EN EL PROCESO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN LAS FRACTURAS DE CADERA.

ERIKA NAVARRO RUIZ
LUCIA ARNEDO LADRON
NEREA CORNAGO NAVASCUES
PATRICIA SANZ MARTINEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVO
3. POBLACION DIANA
4. INICIO DE LA INTERVENCION
5. INTERVENCIONES PRIORIZADAS
6. FIN DE LA INTERVENCION
7. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

El área social es una parte importante a valorar en los pacientes intervenidos de una fractura de cadera por los cambios en la vida diaria que conlleva dicha intervención quirúrgica.

A modo de resumen, la metodología de trabajo incluye:

* Valoración de las necesidades de los usuarios, la valoración de sus potencialidades, la motivación y sus deseos.
* Diagnostico social: listado de problemas y su priorización.
* Intervención pactada con el usuario. Plan de acción
* La ejecución de los recursos: ampliación directa, información, derivación.

El seguimiento y la evaluación.

Las funciones definidas para cubrir el área social de estos pacientes son:

* Atención social al paciente hospitalizado, optimizando situaciones problemas mediante la valoración, gestión y/o derivación de recursos, procurando apoyo psicosocial al paciente y familia facilitando su reinserción en la vida social al alta.
* Aportar datos sociales a la Historia clínica y Diagnóstico integral del paciente, evaluando su situación psicosocial, contexto familiar y cultural.
* Planificación del alta hospitalaria de pacientes con problemáticas social.
* Asegurar la continuidad de atención social enmarcada en la metodología de procesos asistenciales implantados

2. OBJETIVO

* Capacitar a los pacientes/soporte formal para que estos puedan afrontar las necesidades de apoyo en el entorno domiciliario.
* Favorecer el acceso a los recursos/dispositivos socio sanitarios por parte de los pacientes/ soporte formal.
* Evitar tanto la prolongación de estancias hospitalarias como reingresos hospitalarios por determinantes sociales que supongan una ausencia de soporte en los cuidados necesarios del entorno del paciente.
* Garantizar una continuidad de la intervención profesional en el área social para evitar poner en riesgo la recuperación efectiva del paciente.

3. POBLACION DIANA

Límite de entrada: El proceso se dirige a personas ingresadas en el Centro Hospitalario mayores de 65 años con diagnóstico previo al ingreso de “Fractura de Cadera” incluye:

* Fractura pertrocantérea
* Fractura subtrocantérea
* Fractura subcapital
* Fractura basicervical.

Límite de salida: Por definición se excluyen de la población destinataria del proceso las personas con diagnósticos relacionados (por ej. “coxartrosis”) cuyas intervenciones quirúrgicas se realicen de forma programada (por ej. “artroplastias de cadera”).

4.INICIO DE LA INTERVENCION

- La planificación del alta hospitalaria se centra en la atención a pacientes que ingresan en el Servicio de Traumatología con Fracturas de Cadera, desde la unidad se realizara un pase de visita diario a los pacientes que han sido ingresados de manera urgente en el hospital, desde el Servicio de Urgencias.
- El Trabajo Social encargado del servicio se pondrá en contacto a primera hora de la mañana con los profesionales encargados de planta, para valorar los ingresos diarios, tras la primera recogida de información, se realiza el pase de visita, donde se mantendrá una primera entrevista de valoración y recogida de información, sobre la situación sanitaria, social, económica y de la vivienda de la persona ingresada, los datos a tener en cuenta son:

- a) SITUACION SOCIAL:
- * Sí vive solo o acompañado
- * Si vive con personas de similar edad o con un grado de discapacidad.
- * Si existen familiares de apoyo para la vuelta a domicilio.
- * Si tiene otro tipo de apoyo formal (SAD, personal contratado...)
- * Relación que mantiene con su soporte formal
- * Implicación en la atención socio-sanitaria de su soporte formal.

- b) SITUACION ECONOMICA:
- * Si perciben pensión u otro tipo de prestación económica
- * Si perciben prestación económica por discapacidad o dependencia
- * Si ha solicitado o está en trámites de concesión de RIS, subsidio por desempleo...
- * Si tiene suficientes recursos económicos para el pago de una plaza de residencia privada o no.

- c) SITUACION SANITARIA:
- * Si padece enfermedades crónicas importantes que puedan limitar su recuperación.
- * Si es un paciente EUNATE cubo rojo, crónico o pluripatológico.
- * Si sufre alguna discapacidad.
- * Si tiene concedido un grado de dependencia (moderado, severo, gran dependiente).
- * Si tiene enfermedades neurodegenerativas
- * Valorar situación higiénica al ingreso
- * Valorar con servicio médico toma de medicación y si hay buena supervisión.
- * Derivación por diferentes servicios en caso de no tener constancia de TIS, SEGURO PRIVADO...

- d) SITUACION DE LA VIVIENDA:
- * Saber si está en el núcleo urbano
- * Si está bien comunicada con los servicios de la localidad
- * Si tiene o no barreras arquitectónicas
- * Si la vivienda permite la de ambulación con andador o silla de ruedas
- * Si está en una planta o está dividida en varias plantas.
- Tras la entrevista de recogida de datos, se informa a las familias o al soporte formal y a la persona ingresada el proceso durante el ingreso sobre la atención que realizaremos, los recursos y derivaciones que se pueden realizar al alta, reforzando las indicaciones médicas, en los plazos establecidos de estancia y los cuidados y atenciones que se requieren al alta hospitalaria

5.INTERVENCIONES PRIORIZADAS

- INFORMACION PARA EL PACIENTE O SOPORTE FORMAL/FAMILIA
- Concienciación a la familia/ soporte formal de la importancia de su apoyo en la recuperación del paciente, haciéndoles partícipes de la atención y de los cuidados que precisan (esto ayuda a ver las necesidades reales que va a tener al alta y como organizarlas para estar cubiertas).
- La familia/soporte formal debe prestar apoyo en la medida de sus posibilidades, estando en los pases de visita para interesarse por la evolución, el tratamiento, acompañamiento en horario de comidas, en caso de necesidad, nocturnidad.

- Comunicar que durante el ingreso, si se confirma la movilización, deberá tener a disposición calzado cómodo y cerrado; en la extremidad intervenida a poder ser de un número más.
- Es necesaria la implicación de la familia o soporte formal en la supervisión, apoyo y animo en la deambulación, siendo parte importante y necesaria para favorecer la continuidad en el seguimiento de las pautas a realizar.
- Comunicar que en domicilio deben quitar alfombras, muebles u otros enseres que dificulten o entorpezcan la marcha en la deambulación, se recomienda en caso de viviendas en varias plantas, acondicionar una planta para no tener que utilizar las escaleras.

- Se recomienda además en la medida de las posibilidades acondicionar el baño, con plato de ducha y
- elevador del wc.
- Informar además que cuando vayan a sentarse la superficie donde van a apoyarse no se hunda, teniendo la cadera en 90 grados.

- NECESIDADES DE APOYO QUE SE PRECISAN AL ALTA
- * Apoyo y supervisión durante el aseo personal
- * Apoyo y ayuda para vestirse
- * Realización y control de las comidas y la limpieza del hogar.
- * Control de la medicación.
- * Acompañamiento en la marcha.
- * Cuidados continuos en caso de no poder cargar.
- * Disponer al alta médicos del material ortoprotésico que precise

INFORMACIÓN SOBRE AYUDAS Y/O RECURSOS QUE SE PUEDEN SOLICITAR

- Teléfono de tele asistencia
- Servicio a Domicilio (SAD)
- Proceso de Discapacidad
- Ley de Dependencia
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar
- Centro de Día
- Prestación económica vinculada al servicio
- Plazas temporales y definitivas por dependencia social
- Plazas definitivas por dependencia funcional concedida
- Plazas temporales y definitivas de manera privada

6.FIN DE LA INTERVENCION

- 1. Si vuelve a domicilio, derivar a trabajadora social del Centro de Salud de referencia para hacer seguimiento desde domicilio y realizar trámites en caso de necesidad.
- 2. Si ingresa en centro residencial o centro de día, deriva el caso a la trabajadora social de dicho centro.
- 3. Si se deriva al alta a otro recurso sanitario (Hospital San Juan de Dios, otro hospital, centros externos...) derivar a la trabajadora social de dicho recurso.
- 4. En caso de que en los anteriores recursos no hubiera trabajadora social, derivar a la trabajadora social de referencia de Servicio Social de Base.

7.BIBLIOGRAFIA

- Bardales Mas Y et al. Guías clínicas de fractura de cadera. Comparación de sus principales recomendaciones. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012. doi:10.1016/j.regg.2012.02.014
- Protocolo de tratamiento multidisciplinar de pacientes con fractura de cadera. Comité Fractura de Cadera. Junio 2015. Hospital Universitario Donostia

- Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas Comentadas: La Atención a la Fractura de Cadera en los Hospitales del SNS [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.ht m.
- Mora Martínez, JR. Guía Metodológica para la gestión clínica por procesos Ed. Diaz de santos. Madrid, 2003.

TEMA 31. LA DIETA HIPERPROTEICA Y SUS EFECTOS PARA LA SALUD

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
1.1 Dieta hiperproteica y energía.
1.2 Fundamentos fisiológicos de la dieta hiperproteica.
1.3 Metabolismo y efectos de las dietas hiperproteicas
1.3.1 Trastornos endoncrinos.
1.3.2 Trastornos óseos.
1.3.3. Trastornos renales.
1.3.4 Trastornos hemodinámicos.
1.4 Calidad proteica. Valor biológico proteico.
1.5 Proteínas alimentarias.

INDICE

2. JUSTIFICACIÓN
3. OBJETIVOS
4. MATERIAL Y MÉTODOS
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN
5.1 Dietas hiperproteicas y ejercicio físico.
5.2 Dieta hiperproteica y adelgazamiento. Dieta Dukan.
5.3 Efectos terapéuticos de las dietas hiperproteicas.
5.3.1 Patologías asociadas a estrés metabólico.
5.3.1.1 Cáncer asociado a caquexia.
5.3.1.2 Lesión por traumatismos o septicemia.

INDICE

5.3.2 Patologías que cursan con pérdida de tejidos.
5.3.2.1 Lesiones por quemaduras.
5.3.2.2 Úlceras por presión.
5.3.3 Patologías que cursan con malabsorción.

6. CONCLUSIONES

7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCION

El paso del tiempo es el mayor vestigio del crecimiento de la historia y su evolución hasta nuestros días. Son varios los parámetros que evidencian este hecho, entre ellos diversos signos culturales, sociales, científicos, que se han visto influenciados por el progreso médico-científico, cambiando la concepción humana y visión de la salud. También ha cambiado el significado entre los humanos y su alimentación. *"El somos lo que comemos"* (Feuerbach, L. 1843) no era una premisa conocida para el primer Homo sapiens que sació su apetito continuando las cadenas tróficas naturales, pero sí una certeza en la actualidad.

1. INTRODUCCION

Todo ello ha sido fruto de un proceso de investigación y aprendizaje, influenciado por diversas corrientes de pensamiento críticoreflexivo y regímenes políticos, especialmente el racionalismo, donde el comer no sólo se entiende como una necesidad de suplir para subsistir, sino un valor social, que en sus diversas modalidades es capaz de contribuir al desarrollo del bienestar físico, psíquico y social humano. Surgen así las ramas de la nutrición y dietética, al vincularse el estudio de los alimentos con la medicina[1].

La llegada a una globalización contemporánea no sólo ha generalizado la aplicación de las dietas con fines médicos a nivel internacional, sino sociales y especialmente estéticos[2].

1. INTRODUCCION

El deseo de parecerse a los estereotipos más famosos en el mundo de la moda y el afán por la investigación en la cura de diversas enfermedades, han propulsado la creación de una "cultura alimentaria", asociada a las tendencias del siglo XXI. Son varias las publicaciones registradas en los medios de comunicación y redes sociales, las que presentan ciertos procesos "dietéticos" como "los ideales" y "milagrosos" para tener un cuerpo *fitness* y saludable, cuyo propósito es el bajar peso. Este hecho no sólo no ha ofrecido beneficios, sino también perjuicios en muchos casos, por la distorsión de las pautas dietéticas alimentarias[3].

1. INTRODUCCION

Uno de los ejemplos en los que se han buscado tales objetivos, son las dietas hiperproteicas. Las "*high protein diets*" o dietas con alto contenido proteico, aplicadas en diversos campos como la medicina y el deporte, han experimentado mundialmente una popularidad creciente, que al pronunciarse ha contribuido a su mayor consumo. El punto más influyente en este hecho, ha sido el tópico que las vincula con el adelgazamiento, ante la lucha generalizada contra la obesidad y el sobrepeso.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Dieta Hiperproteica y Energía

Se considera dieta hiperproteica, aquella que supone una ingesta de proteínas superior al nivel mínimo necesario para mantener los balances de nitrógeno regulados a corto plazo en el organismo, bajo las condiciones de un consumo de energía controlado *(RDA, Recomendaciones Diarias Permitidas)*[4,5]. Su valor numérico corresponde a 0,8 gramos proteicos por kilogramo de peso al día[6,7], cantidad que sería suficiente para cubrir la necesidad de nutrientes en un sujeto adulto en condiciones normales.

1. INTRODUCCIÓN

Considerando que cada gramo de las proteínas en la dieta, aporta 4 kcal en la ingesta, que pueden corresponder a unas 200 kilocalorías/día, teniendo en cuenta necesidades proteicas superiores en otros individuos (atletas, enfermos, etc.)[8]. En edades escolares, esta cifra puede variar. La FAO/WHO propone un valor proteico medio de 0,835 g/kg/día, según estudios internacionales sobre la ingesta que permite un desarrollo nutricional óptimo infantil[8]. La cantidad proteica recomendada, hace referencia a gramos proteicos netos en aminoácidos esenciales (histidina, isoleucina, leucina, lisina, metionina, fenilalanina, treonina, triptófano y valina) o en un porcentaje elevado en su contenido, que proporcionen un alto valor biológico a las proteínas.

1. INTRODUCCIÓN

Nuestro organismo sintetiza proteínas a partir de los aminoácidos que fabrica por sí solo (conocidos como no esenciales: alanina, arginina, ácido aspártico, asparragina, cisteína, ácido glutámico, glutamina, glicina, prolina, serina y tirosina), pero no implica que estas sean de una alta calidad biológica. El componente clave para ello, son los aminoácidos esenciales, que sólo pueden ser adquiridos mediante la alimentación. Existen además aminoácidos condicionalmente esenciales, que en algunas ocasiones necesitan ser aportados por la dieta. Especialmente si las necesidades exceden la capacidad de síntesis (son la cisteína y la tirosina, con sus correspondientes aminoácidos esenciales precursores: metionina y fenilalanina)[8].

1. INTRODUCCIÓN

Estas necesidades ya se ha mencionado que pueden estar aumentadas en el atleta, el anciano enfermo o mujeres en periodo de embarazo o lactancia[7]. Para conocer el Gasto Energético en Reposo (GER) o la Tasa de Metabolismo Basal (TMB), se utilizan ecuaciones como la de Harris Benedict. Donde la talla se emplea en centímetros (cm), la edad en años y el peso en kilogramos (Kg)[7,9].

1. INTRODUCCIÓN

TABLA 1. ECUACIÓN DE HARRIS BENEDICT. CÁLCULO DE LA TASA DE METABOLISMO BASAL

Fuente: Salas Salvadó J, (2014)[7]

En hombres: GER (TMB) = 66.5 + (13.7 x Peso) + (5 x Talla) – (6.8 x Edad)

En mujeres: GER (TMB) = 66.5 + (9.6 x Peso) + (1.8 x Talla) – (4.6 x Edad)

1. INTRODUCCIÓN

Una vez calculado este valor (cuyo resultado se expresa en kilocalorías), se empleará la siguiente fórmula para conocer el Gasto Energético Total[8,9]:

TABLA 2. CÁLCULO DEL GASTO ENERGÉTICO TOTAL (GET) *Fuente: Bolet Astoviza M, (2002)[9]*

GET= TMB x FA* x FT x FL*****

***FA es el coeficiente del Factor de Actividad**

****FT es el coeficiente del Factor Térmico**

*****FL es el coeficiente del Factor de Lesión**

1. INTRODUCCIÓN

TABLA 3. COEFICIENTES NUMÉRICOS CORRESPONDIENTES A FACTORES QUE IMPLICAN GASTO ENERGÉTICO

Fuente: Bolet Astoviza M, (2002)[9]

Factor de Actividad	Factor Térmico	Factor de Lesión
En cama: 1,1	38ºC: 1,1	Cirugía programada: 1,2
Encamado pero con movilidad: 1,2	39ºC: 1,2	Politraumatismo: 1,35
Deambulación: 1,3	40ºC: 1,3	Sepsis: 1,6
	41ºC: 1,4	Gran quemado: 2,1

1. INTRODUCCIÓN

Aun así, varios estudios evidencian que la ingesta proteica a nivel poblacional occidental está por encima de las necesidades energéticas requeridas, especialmente en España, donde se registra un consumo entre 0,96-1,67 g/kg peso corporal/día (del 121 y 209% respectivamente). Este dato es extensivo a toda la población, debido al concepto erróneo de la importancia que supone una alimentación con un alto contenido proteico durante la infancia, hasta llegar a idealizarlo[8].

1. INTRODUCCIÓN

1.2 Fundamentos fisiológicos de la Dieta Hiperproteica

Las dietas hiperproteicas, se caracterizan por una reducción del porcentaje de hidratos de carbono frente al aumento del proteico. Los lípidos serán ajustados en función de las características propias de cada dieta aplicada, aunque generalmente son altos.

La glucosa, es nuestra mayor fuente energética, procedente del metabolismo de los glúcidos, pero en estas dietas, al ser minoritaria, pasará a un segundo plano, dejando a las grasas como combustible primario para la obtención de energía. De su metabolismo será generada una situación de cetosis, como la del ayuno, con la formación de cuerpos cetónicos, como producto de la oxidación de los ácidos grasos en el hígado, actuando en sustitución de la función energética de la glucosa.

1. INTRODUCCIÓN

Los niveles de insulina, hormona que permite la utilización de la glucosa, disminuirán, frente al glucógeno. Este hecho ocasiona la gluconeogénesis y glucógenolisis hepática, la lipólisis del tejido adiposo y la activación del catabolismo proteico, fomentando la degradación proteica muscular, la cual será empleada para la producción energética, en la gluconeogenesis[10].

Una de las características de este tipo de dietas, es la sensación de saciedad que provocan, reduciendo el apetito, debido a la cetosis, y a un aumento en el metabolismo de las grasas[11].

1. INTRODUCCIÓN

1.3 Metabolismo y Efectos de las Dietas Hiperproteicas

Generalmente, si se realizan ingestas desequilibradas de macronutrientes, se produce inestabilidad metabólica. Ante un exceso de fuentes calórico-proteicas, las repercusiones orgánicas se manifiestan a nivel del metabolismo óseo, renal, endocrino y del equilibrio ácido base electrolítico.

Este hecho podría conducir a una ingesta insuficiente de alimentos ricos en otros nutrientes, contribuyendo a la aparición de deficiencias de micronutrientes, por prestar una mayor atención al consumo proteico frente al resto de nutrientes[4].

1. INTRODUCCIÓN

Fisiológicamente, los efectos negativos de una dieta hiperproteica, comienzan con el valor neto de carga ácida que generen los alimentos proteicos consumidos.

La sociedad actual occidental, ha contribuido a un aumento del mismo mediante el desarrollo inconsciente de las dietas ácidas, caracterizadas por su capacidad de producir ácidos en el organismo. La adaptación cultural durante la evolución humana a la industria alimentaria, pronto provocaría la sustitución de las cadenas tróficas clásicas y de muchos productos naturales por otros con residuos ácidos (semielaborados o elaborados: pescados, carnes rojas o blancas, cereales), favoreciendo la aparición de la acidosis metabólica[6].

1. INTRODUCCIÓN

Esta situación es una alteración metabólica provocada por la pérdida de iones hidrógeno, que afecta a una disminución del pH. Se traduce por desórdenes metabólicos en el organismo reflejados mediante la hipovolemia, hipoxia y la sepsis[12]. Son varios los tipos atendiendo a su etiología, pero se entiende por acidosis con brecha aniónica normal o hiperclorémica, la provocada por una dieta de estas características, que aporta ácidos exógenos, y es responsable de la pérdida, consumo o sustitución de bicarbonato sérico por cloro, interrumpiendo la homeostasis de varios sistemas orgánicos.

1. INTRODUCCIÓN

1.3.1 Trastornos Endocrinos

El sistema endocrino, podría verse afectado con trastornos en la secreción de las hormonas tiroideas, paratiroideas, insulina, vitamina D y hormona del crecimiento, cuyos desajustes podrían provocar alteraciones de crecimiento en niños, deficiencias o pérdida en el desarrollo de la masa ósea o esquelética en adultos y ancianos, variaciones de peso, etc. Frente a ello y tras estudios realizados (López Luzardo M, 2009)[6] determina que estos efectos, producidos por la acidosis metabólica, podrían corregirse con el consumo de dietas básicas o alcalinas[6].

1.3.2 Trastornos Óseos

El sistema óseo, además de formar parte del aparato locomotor y del sistema músculo-esquelético, tiene una función reguladora y de amortiguación ante la acidosis metabólica.

1. INTRODUCCIÓN

La máxima reserva orgánica de calcio se encuentra en la matriz ósea, y ante una sobrecarga ácida se desencadena una reacción fisicoquímica amortiguadora, capaz de liberar citratos, carbonatos y sodio, que incondicionalmente ocasionan la movilidad de calcio, con el fin de neutralizar el desequilibrio ácido base[6].

Esta movilidad del calcio se manifiesta con una mayor excreción urinaria del ion, conocida como calciuria, que desata la reducción de la reserva de calcio orgánico. Todo ello, supone abrir un fácil camino a la resorción ósea, detonante de enfermedades como la osteoporosis o fracturas por una mayor fragilidad del sistema esquelético[13].

1. INTRODUCCIÓN

Este hecho incide en la necesidad de que las dietas hiperproteicas, sean acompañadas de una variedad de vegetales, frutas, cereales integrales, ricas en micronutrientes y sales alcalinas de potasio, capaces de contrarrestar el potencial renal ácido y en consecuencia la pérdida de calcio vía urinaria[4].

1.3.3 Trastornos Renales

En el caso del sistema renal, la afectación se focaliza en individuos con factores de riesgo hacia la enfermedad renal (hipertensos, obesos, con cardiopatías) o aquellos que la padecen, especialmente crónicos y con tratamiento de diálisis, cuyo desarrollo patológico, se acelera por un abuso proteico dietético[6].

1. INTRODUCCIÓN

Martin W. F, et al[14] determinan, que *"altas cantidades proteicas, sobrecargan al riñón, disminuyendo su funcionalidad"*, dado que generan hiperfiltración y aumento de la presión glomerular, como consecuencia de una mayor excreción de las tasas de creatinina y urea e incluso que posibilitan la urolitiais (disminución de pH urinario, hipercalcinuria, hiperuricosuria, hipocitraturia). Aun así, en personas sanas, no existen evidencias que demuestren el daño renal, únicamente las proteínas podrían inducir adaptaciones fisiológicas renales durante el embarazo, que junto a los cambios estructurales renales se aumenta la carga de nitrógeno y un mayor aclaramiento renal[14].

1. INTRODUCCIÓN

1.3.4 Trastornos Hemodinámicos

Actualmente, existen evidencias de que un exceso en el consumo de proteínas, a diferencia de lo que ocurre con los carbohidratos y las grasas, afecta a la hemodinamia renal. Pero esto sólo perjudica a aquellos individuos en riesgo potencial a patologías renales (obesos, hipertensos, con hiperemia) o que propiamente las padecen.

Una mayor ingesta proteica, implica un aumento del volumen y del filtrado renal, así como de la excreción de productos nitrogenados de desecho derivados de la carga proteica. Funcionalmente, a largo plazo podrían ocasionar diversos daños, especialmente a nivel glomerular: un aumento del flujo sanguíneo y de la presión intraglomerular derivado de la dieta hiperproteica, podría conducir a esclerosis o un deterioro progresivo del glomérulo.

1. INTRODUCCIÓN

En el hipotético caso de que ocurriese lo contrario, una dieta hipoproteica, limitaría la velocidad de filtración glomerular, disminuyendo el flujo sanguíneo glomerular y el volumen renal, a efectos opuestos[7].

1.4 Calidad proteica. Valor biológico proteico

La calidad proteica se define como la capacidad de una proteína alimentaria para cubrir todas las necesidades de nitrógeno y aminoácidos en un individuo concreto; refiriéndose a la medida en que los aminoácidos aportados por la dieta puedan utilizarse para sintetizar nuevas proteínas (Martinez O, et al, 2006)[15]; contribuyendo a la reparación, mantenimiento y crecimiento de los tejidos y estructuras corporales (Wardlaw G. M, et al, 2004)[16]. Algunos factores influirán en su calidad como: la estructura de la proteína, la fuente de la que proceda, propiedades antinutricionales del alimento que la contenga, modo de almacenamiento, procesados diversos, etc.

1. INTRODUCCIÓN

En el momento en el que son calculados los requerimientos nutricionales de aminoácidos, se habla de ingesta total proteica, sin tener en cuenta la parte de aminoácidos que contenga un alimento y cuáles de ellos "serán aprovechados" por nuestro organismo. Para conocer la cantidad de los mismos que será absorbida y utilizada metabólicamente se emplea el concepto de biodisponibilidad, en el que se valorarán tres factores: digestibilidad proteica, integridad química e inexistencia de alguna interferencia metabólica[15].

Existen diversos parámetros que se aplican para medir la calidad proteica. Entre ellos destaca el Valor Biológico (VB) de la proteína que determina la eficiencia que posee una proteína alimentaria para transformarse en tejido corporal una vez que ha sido absorbida en el tubo digestivo (GT). Una proteína pasará a formar parte del tejido corporal con eficiencia si esta posee una alta proporción de los 9 aminoácidos esenciales.

1. INTRODUCCIÓN

El VB de un alimento será mayor, cuanto más parecido posea el patrón de aminoácidos de la proteína alimentaria con el de la proteína corporal. Este se puede medir a partir de la cantidad de nitrógeno retenido en el organismo. Cuando un alimento posee un patrón de aminoácidos distinto al de los tejidos, estos no sintetizarán proteínas corporales, se convertirán en “restos”, que serán excretados como urea a través de la orina[16].

El valor biológico tiene una amplia importancia en el ámbito clínico, especialmente en aquel en el que se encuentra limitada la ingesta proteica. Esto se debe a que en este sentido, se desea buscar la mayor eficiencia posible de las proteínas tomadas, como ocurre en los casos de algunas enfermedades renales.

1. INTRODUCCIÓN

Algunas proteínas con un alto valor biológico son la de huevo ("*proteína de referencia*", por tener un valor biológico entre 0,9 y 1: eficacia entre el 90-100%), la de la leche materna, la proteína aislada de soja, las proteínas de carnes, pescados, etc[4,17].

Otro de los parámetros más empleados, es el Coeficiente de Utilización Neta de la Proteína (NPU), que estima la cantidad de la proteína que será utilizada tras haber sido digerida[17].

1. INTRODUCCIÓN

TABLA 4. CALIDAD PROTEICA DE ALGUNOS ALIMENTOS

Fuente: Carbajal A, (2012)[17]

	VB*	NPU**
Huevo de gallina	100	94
Leche humana	100	96
Leche de vaca	75-93	82
Pescado	76	-
Carne	74	67
Arroz integral	86	59
Cacahuete	55	55
Avena	65	-
Arroz pulido	64	57
Trigo	65	49
Maíz	72	36
Soja	73	61
Guisantes	64	55
Patatas	60	-
Pan blanco	50	-

* Valor Biológico
**Utilización neta de la Proteína

1. INTRODUCCIÓN

1.5 Proteínas alimentarias

Dentro de las proteínas que consumimos en los alimentos, diferenciamos entre proteínas de origen animal y de origen vegetal. El tejido de un organismo vegetal como es lógico, posee una composición muy dispar respecto al de cualquier animal, y por lo tanto al de los humanos. Cuya semejanza histológica, es mayor con los organismos animales.

Generalmente la mayoría de las proteínas vegetales, excepto la de la soja, no satisfacen los requerimientos en aminoácidos esenciales con tanta eficiencia como lo hacen las animales. Así se puede determinar que la calidad proteica variará en función de la fuente de procedencia de la proteína. Algunas proteínas vegetales aisladas, no serían capaces de suplir las necesidades corporales proteicas en su totalidad, por ello son conocidas como proteínas de más baja calidad (o incompletas). En cambio las proteínas de origen animal sí podrían responder a esta demanda por sí solas, de ahí que se denominen proteínas completas o de alta calidad.

1. INTRODUCCIÓN

Si se consumen alimentos con proteínas de baja calidad biológica, para cubrir los nueve aminoácidos esenciales, sería necesaria una mayor cantidad para la síntesis proteica, ya que si alguno de ellos se agotase con rapidez, no permitiría "fabricar" aquellas proteínas restantes que también los necesitasen.

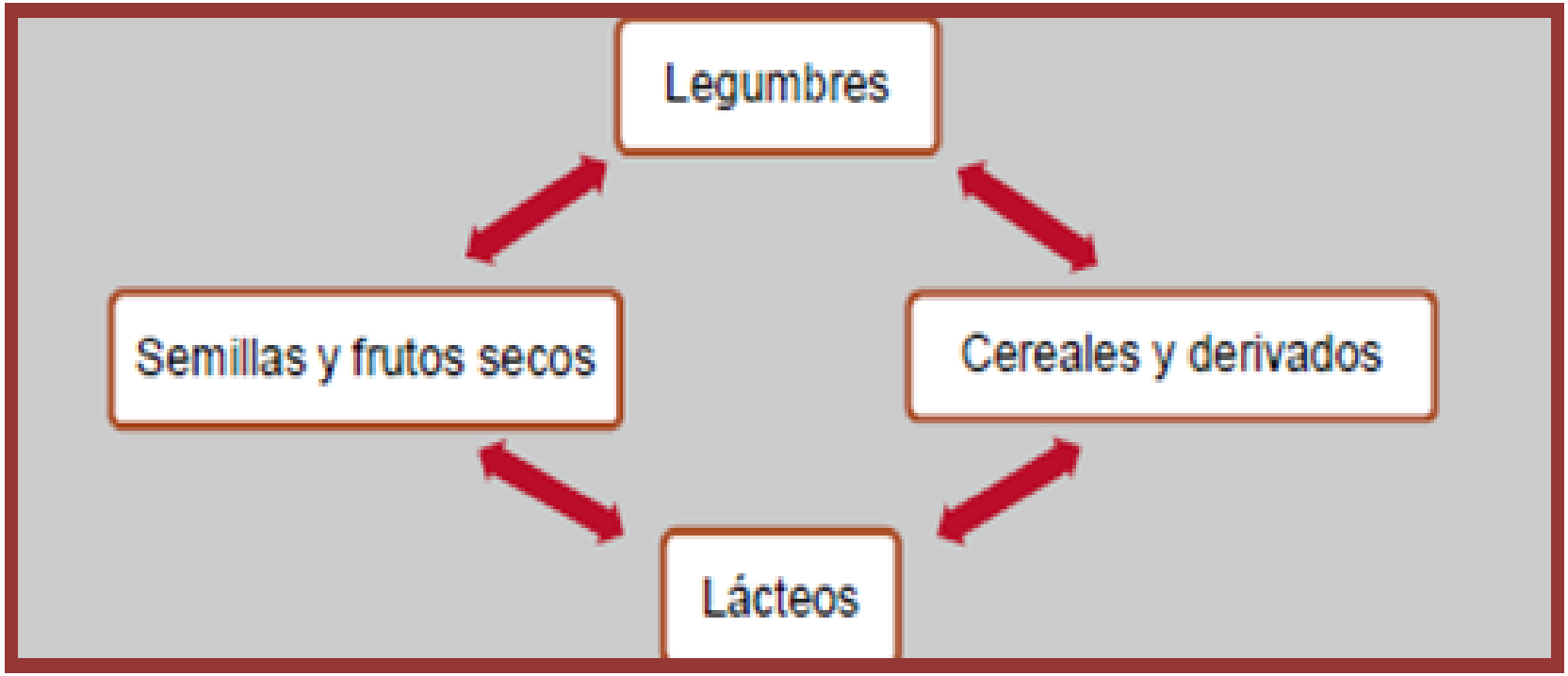
En este hecho se basa el principio del "todo o nada": o están presentes todos los aminoácidos esenciales o no se sintetiza ninguna.

Aun así, es de suma importancia en las dietas mixtas, el fenómeno de complementariedad proteica. Cuando en una misma comida se consumen alimentos proteicos que poseen aminoácidos limitantes distintos (lisina en la proteína de algunos cereales, que son ricos en metionina; y metionina en algunas proteínas leguminosas, ricas en lisina), estos se complementan entre sí, pudiendo compensar las deficiencias que poseen por separado, permitiendo la síntesis de una proteína con alto valor biológico[17].

1. INTRODUCCIÓN

FIGURA 1. COMPLEMENTACIÓN PROTEICA EFECTIVA ENTRE VARIOS GRUPOS DE ALIMENTOS

Fuente: Martinez O, et al, (2006)[16]



1. INTRODUCCIÓN

Debido a este fenómeno, los vegetarianos pueden sintetizar proteínas de origen vegetal con una calidad proteica similar a las de origen animal, sin necesidad de tomar alimentos animales. La variada ingesta de productos vegetales (frutas, verduras, hortalizas), permite la complementación de aminoácidos, favoreciendo el anabolismo proteico. Además las fuentes proteicas pueden aportar otros nutrimentos como: fibra soluble e insoluble, minerales, vitaminas, etc16. Se recomienda una ingesta proteica que contenga un 50% de proteínas de alto valor biológico y un 50% de bajo valor biológico, es decir un 50% de origen animal y un 50% de origen vegetal[17].

2. JUSTIFICACIÓN

Actualmente, numerosas campañas publicitarias han arrastrado con frecuencia a una visión distorsionada de lo que es una dieta hiperproteica. Sumando a este hecho algunos factores como el desconocimiento popular de sus utilidades o la búsqueda personal constante de patrones dietéticos que favorezcan un estado físico saludable, se ha llegado a un uso irracional y confuso.

El resultado final ha sido una ingesta calórico proteica desajustada a las necesidades energéticas individuales, con repercusiones negativas, que pueden incidir directamente sobre la salud humana.

2. JUSTIFICACIÓN

Este hecho ha planteado la necesidad de elaborar programas que ofrezcan la información necesaria para un conocimiento sobre las dietas altas en proteínas. Combatiendo así los tópicos sociales vinculados a ellas y rectificando los conocimientos erróneos de la población, a fin de conocer los posibles beneficios que una dieta de este tipo es capaz de ofrecernos.

Es labor de los profesionales sanitarios, y en especial del personal de enfermería, mantener unos conocimientos dietéticos actualizados para poder participar en los programas de Educación Para la Salud en la población, dada su visión íntegra y holística hacia el paciente, enseñándoles a promover un estilo de vida más saludable.

2. JUSTIFICACIÓN

Mediante la presente revisión bibliográfica se busca evidenciar los posibles efectos beneficiosos de las dietas hiperproteicas, orientadas hacia un estilo de vida más saludable.

En el ámbito deportivo, favoreciendo la efectividad en el entrenamiento de ejercicios de fuerza y resistencia; como dietas de adelgazamiento en casos de obesidad y sobrepeso; y su cometido en área clínica, como apoyo a los tratamientos médicos frente a la recuperación de patologías asociadas a la pérdida o degradación proteica.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Conocer la aplicación de las dietas hiperproteicas en diversos campos relacionados con la salud

3.2 Objetivos Específicos

- Analizar los posibles riesgos de un exceso proteico sobre la salud.
- Valorar la utilidad de la dieta hiperproteica en situaciones patológicas con pérdida proteica.
- Valorar los efectos de la dieta hiperproteica en el deporte.
- Relacionar la dieta hiperproteica con las dietas de adelgazamiento.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica narrativa, en la que se han analizado detalladamente un conjunto de documentos en bases de datos, libros y revistas, con la finalidad de recopilar la información necesaria para desarrollar una discusión científica que aborde la temática propuesta.

Así, a través de estos medios, se ha profundizado en los distintos campos de aplicación de las dietas hiperproteicas relacionados con el ámbito de la salud.

4. MATERIAL Y MÈTODOS

Se ha utilizado material bibliográfico recogido en libros referentes a la nutrición clínica, deportiva y dietética de adelgazamiento. Dichos libros son los siguientes:

- Salas-Salvadó J, Bonada i Sanjaume A, Trallero Casañas R, Saló i Sola ME, Burgos Peláez R. Nutrición y dietética clínica. 3ª Ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2014.

- Nutriología Médica. 3ªEd. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.

- Wardlaw G. M, Hampl S. J, Disilvestro R. A. Perspectivas en Nutrición. 6ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2004.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

- Villa J. G, Córdova A, González J, Garrido G, Villegas J. A. Nutrición del deportista. Madrid: Gymnos, 2000.

- Nutrición en la salud y la enfermedad. 11ªEd. Barcelona: Walters Kluwer Health; 2014.

- Bernardot D. Nutrición deportiva avanzada. 3ª Ed. Madrid: Tutor, 2007.

- Ibáñez Santos J, Astiarán Anchía I. Alimentación y deporte. Madrid: Eunsa, 2010.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

- Campillo A, Cánovas J, Henández M. C, Martín M, Su R. Dieta Dukan y Salud. Lucha contra la diabetes, la hipertensión, la arteriosclerosis y el sobrepeso. Barcelona: RBA; 2012.

- Dukan P. El método Dukan Ilustrado. Cómo adelgazar rápidamente y para siempre. 7ªEd. Valladolid: RBA; 2011.

La búsqueda de artículos y de otras publicaciones se ha llevado a cabo de un modo sistemático, en las siguientes bases de datos, donde se obtuvieron un total de 70 artículos, de los cuales tras ser analizados mediante una detenida lectura y amplia reflexión, fueron utilizados 21, considerados de óptima relevancia y con contenido ajustado al tema:

4. MATERIAL Y MÉTODOS

- SciELO (Scientific Electronic Library Online): 11 artículos utilizados.
- Medline/PubMed: 4 artículos utilizados.
- Medline Plus: 1 artículo utilizado.
- Elsevier: 2 artículo utilizado.
- Biomed: 2 artículos utilizados.
- DIALNET: 1 artículo utilizado.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Las palabras clave empleadas fueron estructuradas en dos tipos: fundamentales, con el fin de filtrar referencias, y complementarias, para encontrar aspectos específicos de la temática.

- Palabras fundamentales: “dieta”, “hiperproteica”, “salud”, “aminoácido”, con sus correspondientes traducciones en inglés: “diet”, “hyperproteic”, “health”, “aminoacid”.

- Palabras complementarias: “ejercicio”, “adelgazamiento” ”patologías”, con sus correspondientes traducciones en inglés: “excersise”, “weight loss” “pathologies”.

- En el proceso fueron utilizaros los operadores boleanos “NOT” (NO), “OR” (O) y “AND” (Y).

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión

- Intervalo acotado: artículos publicados a partir del 2005, aunque en alguna ocasión han sido empleados algunos previos al margen establecido, por su especial relevancia, vínculo o aportación con el tema de trabajo.

- Se limita a intervenciones en humanos, generalmente adultos.

- Han sido aceptados, todos aquellos artículos escritos en español, inglés o francés.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de exclusión

- Todos los artículos escritos en diferente idioma al español, inglés o francés.
- Artículos que tuvieran más de diez años.
- Estudios realizados en niños.

Se han utilizado también, un documento técnico de salud pública sobre las *"Dietas Mágicas"*, un Manual de Nutrición y Dietética y varias revistas virtuales: "*International Journal of Sports Nutrition and Exercise Metabolism", "The American Journal of Clinical Nutrition", "Nutrición Hospitalaria", "Anales Venezolanos de Nutrición", "Revista Cubana de Medicina General Integrada",* entre otras.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La cultura alimentaria del hombre contemporáneo, ha sido fruto del proceso de selección humano e influencia de un conjunto de corrientes y tendencias sociales, naturales, artísticas y políticas. Su modificación tras los hechos históricos acontecidos, ha contribuido a la creación de un movimiento masivo, universal y moderno, en el que el culto al cuerpo humano se ha idealizado hasta el punto de buscar de un modo exhaustivo, el máximo parecido con la divina proporción, propuesta por Da Vinci en el hombre de Vitrubio.

Aunque no es correcto generalizar, hoy en día existe una gran presión social ejercida por la moda. A este hecho ha contribuido la proliferación de un mundo paralelo informatizado, especialmente por el movimiento de información creado por las redes sociales y el resto de medios de comunicación.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Otro de los aspectos, derivado de los grandes avances de la medicina e investigaciones científicas, ha sido el constante deseo de vivir de un modo perpetuo en bienestar, con manifestación de una salud plena, siempre más orientada a la vertiente física. Por ello en ocasiones se provoca un sentimiento reacio ante la aparición de procesos de enfermedad, con la inaceptación de los mismos y la obsesión inmediata de buscar medios curativos eficaces.

Teniendo en cuenta estos rasgos, se ha motivado al ser humano a servirse de factores que mejoren su estado de salud, asociado al estético y al logro de una mayor funcionalidad en algunos campos vitales (esfuerzo físico, ámbito laboral, sanitario, etc.).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Uno de los factores más importantes lo constituye la dieta. El uso de los alimentos únicamente como fuente de obtención energética pasó a la historia, abriendo un actual abanico de posibilidades con la aparición de la dietética, y los diferentes tipos de dietas.

En la presente revisión, se analizan las aplicaciones de las dietas hiperproteicas en el campo del deporte, en las dietas de adelgazamiento y su función paliativa y de aceleración en el proceso curativo de patologías con pérdida proteica, como parte del tratamiento no farmacológico.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Dietas Hiperproteicas y Ejercicio Físico

Las proteínas de la dieta, tras ser digeridas en aminoácidos (esenciales), serán complementadas con los producidos por el organismo (no esenciales), para realizar la síntesis proteica. Estas, son macronutrientes que poseen una importancia fundamental, debido a la variedad de funciones que desempeñan, encontramos:

- Proteínas estructurales: forman las estructuras celulares, ayudan al crecimiento y reparación de los tejidos.

- Proteínas funcionales: producen hemoglobina, hormonas, enzimas; sirven como combustible energético; elaboran anticuerpos y mantienen la osmolaridad sanguínea.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Existen algunas situaciones, como es el caso de los deportistas, en las que los requerimientos son mayores, frente al efecto catabólico que provoca el ejercicio físico regular. La Socidedad de Nutrición Deportiva recomienda una ingesta entre 1,2-2 g/kg/peso/día, de modo que las proteínas proporcionen aproximadamente el 15% de las calorías. Aun así, la ingesta es relativa a diversos factores: edad, sexo, esfuerzo físico realizado, composición de la dieta, estado fisiológico individual, ingesta energética total y temperatura[18].

Con respecto al tipo de ejercicio diferenciamos el aporte proteico recomendado entre los ejercicios de fuerza y de resistencia (pueden analizarse en la Tabla 5)[19].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 5. NECESIDADES PROTEICAS RECOMENDADAS SEGÚN EL TIPO DE EJERCICIO FÍSICO REALIZADO

Fuente: González Gross M, et al, (2012)[19]

Tipo de ejercicio realizado	Aporte proteico diario recomendado por Kg de peso corporal
Atletas de resistencia aeróbica	1,2-1,4 g/kg
Atletas con predominio del entrenamiento de fuerza	1,2-1,7 g/kg
Para deportistas de resistencia (aeróbica y anaeróbica)	1,5-2 g/kg

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los ejercicios de fuerza, se llevan a cabo generalmente, durante periodos cortos de tiempo. Son de carácter anaeróbico mayormente, ya que no necesitan el oxígeno para la obtención de energía. Dentro de este grupo, se incluyen deportes como la alterofilia, la lucha o el boxeo.

El efecto más buscado por estos deportistas, es el engrosamiento de la masa muscular magra, con el objetivo de desarrollar la máxima fuerza posible. Por ello, se necesitan mayores aportes proteicos (1,2-1,7 g/kg peso/día) que permiten la síntesis de nuevas proteínas para la construcción del tejido muscular[20].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

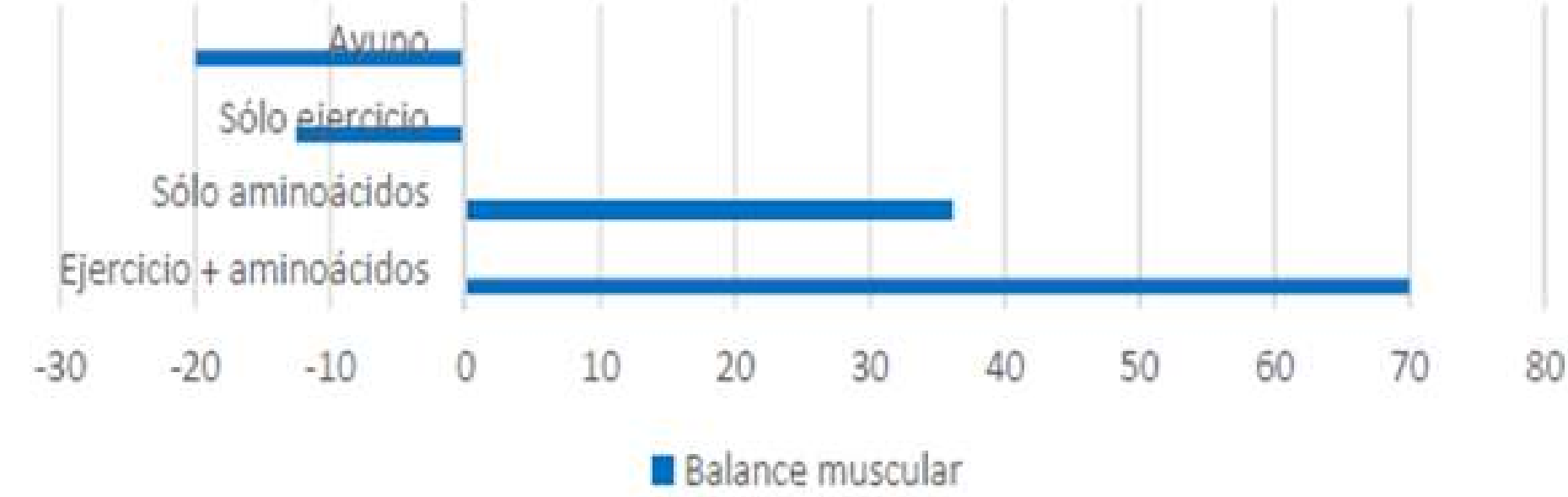
Está demostrado que la hipertrofia muscular se potencia con la práctica de ejercicios de fuerza y un consumo proteico de hasta 2 g/kg de peso/día. Su acción combinada, activa las tasas de biosíntesis proteica, estimulando el crecimiento del volumen muscular.

Siempre y cuando actúen en conjunto los factores dieta y ejercicio, y no se sobrepasen las cantidades proteicas recomendadas: un exceso de aminoácidos puede transformarse en grasas, ya que no existe un tejido corporal capaz de almacenarlos[21]. En el Gráfico 1 puede observarse como se ve influido el metabolismo proteico, en diferentes estados orgánicos[22].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

GRÁFICO 1. BALANCE PROTEICO MUSCULAR DURANTE EL ESTADO DE AYUNO, EJERCICIO DE FUERZA EN AYUNAS, LA ADMINISTRACIÓN DE AMINOÁCIDOS Y LA ADMINISTRACIÓN DE AMINOÁCIDOS Y EJERCICIO DE FUERZA

Fuente: Ibánez Santos J, et al, (2010)[22]



5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los ejercicios de resistencia aeróbica, en cambio se realizan a niveles medios o bajos de intensidad, durante periodos de larga duración. Incluyen ejercicios como correr, ciclismo o nadar. Sus principales fuentes de energía son los hidratos de carbono y los lípidos, que son oxidados para la obtención de energía, por ello se precisa oxígeno para su realización. En ellos el aporte proteico (1,2-1,4 g/kg para hombres y 1-1,2 para mujeres)[8], es inferior con respecto a los ejercicios de fuerza, pero también necesario, por diversos procesos que implican la pérdida proteica: eliminación de una pequeña cantidad de proteínas por la orina[23], posibles daños del tejido muscular durante el ejercicio y por la oxidación de aminoácidos en el músculo de cadena ramificada para realizar la función energética.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La oxidación de aminoácidos, se producirá con más intensidad en aquellos ejercicios de ultrarresistencia (maratón, duatlón) o duración prolongada. A medida que se vayan reduciendo los depósitos de glucógeno muscular, las proteínas desempeñarán su función energética[18]. Los aminoácidos musculares serán oxidados, liberando alanina a la sangre, que será dirigida al hígado para formar piruvato. Por gluconeogénesis hepática, este se transformará en glucosa, que liberada al torrente sanguíneo, podrá ser captada por el músculo esquelético, actuando de combustible muscular (las proteínas proporcionan entre el 5-10% del combustible energético)[10]. Este ciclo se conoce como glucosa-alanina y el ritmo de la oxidación de aminoácidos aumentará cuanto mayor sea la intensidad del ejercicio[24].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En muchas ocasiones se combinan ejercicios de resistencia aeróbica con anaeróbica (resistencia mixta), donde el aporte proteico oscila entre (1,5-2 g/kg/día). No todos los ejercicios son de carácter aeróbico o anaeróbico exclusivamente, aunque siempre suele predominar un subtipo sobre el otro. Un ejemplo de ello serían las carreras de velocidad[19].

En todos los casos es mayor el valor de los requerimientos proteicos necesarios en hombres que en mujeres**,** debido a una mayor variedad de hormonas anabólicas. Algunos atletas, frente a sus limitaciones y para contribuir al anabolismo proteico, utilizan los preparados proteicos comerciales (polvos, pastillas, bebidas). Su uso está demostrado, ya que en gran parte proceden de fuentes naturales proteicas (soja, huevo) y complejos de aminoácidos. Siempre que se utilicen como complementos dietéticos, y no como una sustitución de las comidas[23].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta todo lo referente a este apartado, se puede analizar la diferencia entre los aportes proteicos recomendados para individuos sedentarios y los que realizan diversos ejercicios (Tabla 6).

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA 6. INGESTAS RECOMENDADAS DE PROTEÍNAS (g/kg peso/día) PARA INDIVIDUOS SEDENTARIOS Y FÍSICAMENTE ACTIVOS

Fuente: Urdampilleta A, et al, (2012)[18]

Grupo de individuos	Cantidad de proteína necesaria para tener un balance positivo
Sedentario	0,8
Físicamente activos	1,0-1,4
Entrenamiento de fuerza*, mantenimiento	1,2-1,4
Entrenamiento de fuerza	1,6-1,8
Ganancia de masa muscular*	1,7-1,8
Entrenamiento de resistencia	1,2-1,4
Reducción de peso	1,4-1,8

*Siempre y cuando los depósitos de glucógeno estén suplidos. Sino la ingesta proteica debería ascender a 1,8-2 g de kg por peso corporal diario.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.2 Dieta Hiperproteica y Adelgazamiento. Dieta Dukan

Durante las tres últimas décadas, la incidencia de sobrepeso a nivel mundial se ha duplicado, contribuyendo a un mayor número de defunciones por este trastorno alimentario, debido a las comorbilidades que asocia. Este fenómeno ha influido directamente sobre la conciencia de la población, aumentando la preocupación por la idea de la pérdida de peso y la reducción de la grasa corporal[25].

Todo ello, ha llevado a la utilización de diversas dietas como las hiperproteicas. Entre ellas destaca la dieta Dukan, propuesta por el Doctor Dukan, cuyo programa dietético se sostiene en el Plan Protal: abreviatura procedente de la contracción de dos palabras: proteínas y alternativas; ya que consiste en llevar a cabo dos periodos dietéticos: un primer régimen únicamente compuesto por proteínas puras, seguido de un segundo periodo de proteínas combinadas con verduras (con la posibilidad de probar diversas alternativas)[26].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se compone de cuatro periodos o fases, cada uno de ellos indispensable para cumplir el régimen:

- Fase 1 o de “ataque”: Duración entre 10-12 días, donde se reduce al máximo el consumo de nutrientes que no son proteínas puras como carnes, mariscos, huevos.

- Fase 2 o de “crucero”: Se alternan periodos proteicos de verduras con proteínas puras siempre en cantidades voluntarias. Su duración variará hasta obtener el peso deseado.

- Fase 3 o de consolidación del peso deseado: Duración de 10 días por cada kilogramo de peso perdido (si se perdiesen 10 kg, la duración sería de 100 días); Se evitarán comidas abundantes, con el fin de impedir un efecto rebote de recuperación del peso perdido, hasta lograr la estabilidad alimentaria.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- Fase 4 o de estabilización: Este periodo resulta fundamental para el éxito de la dieta. Tras finalizar un periodo de régimen de adelgazamiento, resulta difícil conservar de un modo estable el nuevo peso adquirido, si no se siguen manteniendo medidas moderadas de alimentación. Por ello es de suma importancia seguir aplicando medidas similares a las del periodo dietético [27].

A pesar de su eficacia especulada por los medios, la Asociación Española de Dietistas y Nutricionistas[28], califica esta dieta como fraudulenta, ya que cumple todos los requisitos de una dieta milagro, caracterizada por el empleo de una publicidad engañosa no evidenciada a nivel médico-científico; e ineficaz, dado que los estudios realizados revelan que el 75% recupera el peso perdido en un intervalo de dos años, como consecuencia de un elevado consumo de proteína animal. Además de la contraposición que ofrece a un estilo de vida saludable, poniendo en peligro en ocasiones la salud física (riesgo de diabetes) y psicológica (sentimiento de frustración y culpa ante la inutilidad de la misma)[28].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.3 Efectos Terapéuticos de las Dietas Hiperproteicas

Existen diversos estados clínico-patológicos, que provocan en el individuo una constante hiperactividad del catabolismo proteico, desencadenando una pérdida significante de proteínas, que afecta a diversos tejidos. Con el objetivo de contrarrestar su efecto, son aplicadas las dietas hiperproteicas. Mediante una ingesta elevada de estas, se pretende inducir un estado de anabolismo proteico, que facilite la síntesis proteica para la reconstrucción y el mantenimiento de los tejidos musculares.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Sus aplicaciones irán orientadas hacia patologías que causen estrés metabólico, quemaduras, úlceras por presión y para la compensación de estados metabólicos con pérdida energética: pérdidas fecales proteicas, síndromes malabsortivos, gastroenteropatías con pérdidas de proteínas[7]. Para tratar a este tipo de pacientes, es necesario conocer sus necesidades energéticas, tal y como vimos en apartados anteriores, siendo los suplementos proteicos artificiales muy útiles en algunos casos.

5.3.1 Patologías asociadas a Estrés Metabólico

Estrés Metabólico es un estado hipermetabólico, asociado a procesos como la cirugía, traumatismos o sepsis. Son situaciones en las cuales las necesidades energético-proteicas pueden ser directamente proporcionales al factor de agresión, siendo la tasa de estrés metabólico mayor, cuanto más lo sea la importancia de la lesión y su duración.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En esta situación, el organismo, se enfrenta a una degradación proteica constante, como consecuencia de una activación del catabolismo proteico. En este estadio, los aminoácidos musculares se emplearán como fuente energética (neoglucogénesis) y para la reparación de los tejidos afectados y el mantenimiento del sistema inmunitario, a través de la síntesis proteica. Por este motivo las necesidades diarias proteicas están aumentadas hasta 2 g/kg de peso/día. En algunos procesos patológicos en los que el pronóstico es desfavorable, la nutrición proteica puede no ser exitosa para lograr un aumento de la masa magra[7]. Derivando incluso en situaciones de caquexia[29].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Son varias las enfermedades que pueden producir estrés metabólico como: EPOC, insuficiencia cardiaca y/o pulmonar, pancreatitis, procesos infecciosos crónicos o enfermedad inflamatoria intestinal, entre otras. Siendo más importantes las de carácter oncológico, en las que detectar precozmente esta situación es fundamental, para poder establecer un plan dietético y evitar la desnutrición[7].

5.3.1.1 Cáncer asociado a caquexia

Tras estudios realizados, August D. A, et al, determinan que una dieta equilibrada, rica en antioxidantes, puede actuar como efecto protector frente a la aparición del cáncer[29].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los pacientes oncológicos, debido a la naturaleza de la propia enfermedad y al tratamiento realizado, pueden presentar malabsorción por reserción quirúrgica, digeusia o sabor distorsionado, dolor, deshidratación, náuseas o aversión a la comida por sesiones de quimio o radioterapia, que puede conducirlos a la malnutrición[29].

Ante la diversidad y tipos de patologías oncológicas el objetivo nutricional, se orienta al apoyo anabólico y la facilitación de un estado funcional óptimo, fundamentado en la individualización del paciente y en una calidad de vida y bienestar favorables[30].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como apoyo nutricional, se barajan las siguientes opciones:

- Tratamiento dietético oral: dieta compuesta por alimentos variados, apoyados con suplementos nutricionales líquidos o con módulos alimentarios (proteínas líquidas o en polvo).

- Nutrición enteral: valorada para pacientes que necesiten aumentar su peso y no puedan hacerlo por vía oral.

- Nutrición parenteral: para pacientes desnutridos que no toleren los alimentos por sonda oral o enteral, durante 7- 10 días[29].

- En función del desarrollo del tumor, y de su interacción con el huésped, variará el estado metabólico de un grado de hipo a hipermetabólico o viceversa. Las necesidades alimentarias irán vinculadas a los requerimientos corporales[7].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.3.1.2 Lesión por traumatismos o septicemia

Son procesos que provocan la movilización de la proteína muscular aumentando la pérdida de nitrógeno urinario. Poseen un catabolismo proteico que si no cesa, puede afectar la pérdida de proteína visceral y comprometer la respuesta inmune, favoreciendo la aparición de infecciones. A la vista de estos hechos, Hernández P. W, et al[31] refieren la importancia de un incremento del consumo proteico para facilitar la cicatrización de las heridas, el tejido dañado y la disminución del riesgo de infección[31].

Se estima, que en pacientes sin patología renal, las cantidades proteicas aconsejadas son superiores a los estándares propuestos por la FAO en individuos sanos, que están entre 1,2-1,5 g/kg de peso corporal/día[32].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.3.2 Patologías que cursan con pérdida de tejidos

Dentro de este grupo, destacan las úlceras por decúbito y las quemaduras extensas.

5.3.2.1 Lesiones por quemaduras

Las quemaduras son lesiones térmicas que provocan de manera directa e inmediata la destrucción de la piel. La gravedad de la lesión depende de factores como la extensión, la profundidad, la edad de paciente y las medidas de urgencias que se adopten inicialmente. Cuando el 25% de la superficie corporal está lesionada, existe una afectación generalizada que compromete la funcionalidad de algunos órganos.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Atendiendo a su clasificación según el grado de profundidad, se diferencian tres niveles:

- Quemaduras de primer grado: lesiones epidérmicas que se manifiestan con enrojecimiento, dolor y edemas en la piel.

- Quemaduras de segundo grado: lesiones que pueden llegar a afectar desde la epidermis hasta el tejido celular subcutáneo más proximal a la dermis. Se manifiestan con vesículas, son muy dolorosas y pueden ser superficiales o profundas.

- Quemaduras de tercer grado o grandes quemados: Afectan a todas las capas de la piel, músculo, hueso o grasa[33].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las quemaduras, provocan un estado de hipercatabolismo proteico y lipídico, en el que el individuo presenta una pérdida significativa de nutrientes, especialmente de proteínas, lo que se refleja en un balance nitrogenado negativo. Las pérdidas de agua además, son considerables. El resultado es una notable bajada de peso, que puede comprometer incluso la vida del paciente. Cuando los tejidos se someten a temperaturas entre 50 y 60 grados centígrados, se produce la desnaturalización proteica. Sobrepasar los 60 grados, implica la coagulación de las proteínas, lo que significa la muerte del celular. En estos pacientes, los aminoácidos son degradados para la obtención de energía a través de la gluconeogénesis.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Todo ello, implica un apoyo nutricional específico y una adecuada reposición de líquidos. Además de un constante control térmico que amortigüe y libere el calor específico del organismo[33].

Jeschke M. G, et al[34], determinan tras realizar estudios cinéticos in vivo, que la tasa de oxidación de aminoácidos en pacientes quemados es un 50% mayor respecto a los individuos sanos, lo cual implica el consumo de requerimientos proteicos diarios entre 1,5-2,0 g/kg de peso/día. Un exceso sería perjudicial, sobre elevando la excreción de urea. De modo contrario, Ruiz De la Fuente M, et al, exponen que una pauta como esta, sería excesiva, aconsejando un aporte de 1,19 g/kg de peso/día, para cubrir las necesidades proteicas[3].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se baraja también la posibilidad de pequeños suplementos proteicos en la recuperación de lesiones, con dosis de 25-40g/día de aminoácidos como la alanina y la glutamina (disminuyen infecciones, conservan la proteínas visceral, etc.)[34].

5.3.2.2 Úlceras por presión

Las úlceras por presión (UPP), son lesiones localizadas en el tejido de la piel o el subyacente a la misma, que se manifiestan especialmente en las zonas prominentes, debido a la presión ejercida o cizalla a la que se someten. A menudo son frecuentes en pacientes encamados. Tras una pérdida considerable del tejido, es evidente que si se mantiene desnutrido, tendrá una mayor vulnerabilidad.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Por ello requiere una nutrición especializada, basada en la suplementación de micronutrientes, calorías y proteínas, a fin de facilitar la reconstrucción[35,7].

Con respecto al aporte hiperproteico, De Luis D, et al[36] determinan que son precisas cantidades proteicas diarias entre 1,2-1,5 g/kg de peso corporal/día, de modo que se ajusten al 20% de los requerimientos energéticos diarios. Las proteínas son especialmente necesarias para el cicatrizado, por ello el aporte de algunos aminoácidos no debe ser escatimado (la arginina en concreto favorece el aumento de colágeno, en las heridas)[35].

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.3.3 Patologías que cursan con malabsorción

Hay patologías del tracto digestivo, que cursan con procesos malabsortivos, como la pérdida de lípidos, proteínas, glúcidos, vitaminas, etc.

La nutrición resulta fundamental como apoyo clínico en la recuperación del paciente, siendo necesaria una suplementación con energía y proteínas, siempre complementaria al tratamiento médico específico[7].

Algunas de las enfermedades en las que podríamos reflejar de manera positiva el uso de las dietas hiperproteicas son: la gastroenteropatía perdedora de proteínas, el marasmo y Kwashiorcor, desnutriciones frecuentes en niños donde se requieren proteínas de alto valor biológico.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Salas-Salvadó J, et al[7] determinan que serían suficientes, cantidades diarias de 1g/kg de peso al día, mientras García Aranda J. A, et al[37], proponen que su utilidad resultaría más eficaz si se mantuviese entre 1-1,4g/kg de peso/día, sin sobrepasarse.

Teniendo en cuenta todo lo referente a este apartado, y extrapolándolo al campo enfermero, Virginia Henderson en su libro “The Nature Of Nursing” (La Naturaleza de la Enfermería) en 1966, definió esta profesión como “Una disciplina basada en la ayuda al individuo enfermo o sano para realizar toda actividad que contribuyese a su salud y recuperación, o condujese a una muerte digna; de modo que pudiese llevarse a cabo de manera autónoma, con la fuerza, voluntad y los conocimientos necesarios”.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A través de este argumento de autoridad, quiero incidir en la importancia en que radica el trabajar por un constante mantenimiento de la salud humana, desde todas las vertientes posibles y utilizando cualquier herramienta basada en la evidencia, que hoy en día se encuentre a nuestro alcance. Nunca sin olvidar el poder de la docencia, la escucha activa y el sentido del diálogo en el que se fundamenta la Educación Para la Salud Enfermera. Somos el eslabón sanitario, que conecta directamente con el bienestar de una población, por medio de los cuidados sanitarios. Individuos que no sólo merecen una atención en los procesos de enfermedad, sino la proporción de todo instrumento de conocimiento o actuación que evite su aparición. Una apropiada alimentación en el momento preciso, es un factor esencial para la perseverancia de un estado de salud física, psíquica y social, y por lo tanto uno de los caminos más verosímiles para llegar a la felicidad humana.

6. CONCLUSIONES

Tras haber analizado el campo de las dietas hiperproteicas y los diversos vínculos que mantiene con la salud humana, se concluye lo siguiente:

- Las dietas hiperproteicas superan la cantidad de 0,8 g/kg de peso/día, necesaria para cubrir los requerimientos proteicos diarios.

- Los efectos negativos de un exceso y descontrolado consumo hiperproteico pueden ocasionar alteraciones endocrinológicas, óseas, renales y hemodinámicas.

6. CONCLUSIONES

- El efecto anabólico y beneficioso de las dietas hiperproteicas, no sólo se obtiene por el consumo de alimentos ricos en proteínas de alta calidad, sino que se puede también conseguir a través de la complementariedad proteica efectiva.

- La dieta Dukan, no ofrece evidencias de una estabilización del peso corporal en condiciones saludables en individuos con sobrepeso u obesidad.

6. CONCLUSIONES

- Recomendaciones proteicas entre 1,2-2 g/kg de peso/día combinadas con ejercicio físico, mejoran la potencia y el rendimiento deportivo (fuerza, resistencia).

- Las dietas hiperproteicas, son capaces de contrarrestar los efectos del catabolismo proteico, a través de su actividad anabólica. Siempre y cuando estas se apliquen siguiendo una pauta ajustada a cada perfil individual: requerimiento energético-proteico y estado fisiológico.

7. BIBLIOGRAFÍA

[1] Motta G. La historia, la comida, la salud: Un vínculo siempre más estrecho entre alimentación y medicina. Medicina y Seguridad del Trabajo. [Revista en Internet].2010; 56(218): 93-99

[2] Do Prado W. L, Botero J. P, Fernandes Guerra R. L, Lopes Rodrigues C, Cuvello L. C, Dâmaso A, R. Anthropometric profile and macronutrient intake in professional Brazilian soccer players according to their field positioning. Revista Brasileira de Medicina do Esporte [Revista en Internet]. 2006; 12(2): 61-65.

[3] Ruiz De la Fuente M, Sepúlveda Ch. N, Rodríguez F. A. Requerimientos energéticos y proteicos estimados por calorimetría indirecta y nitrógeno urinario en pacientes con quemadura o pancreatitis aguda. Revista Chilena de Nutrición. [Revista en Internet]. 2014; 41(1):23-28.

7. BIBLIOGRAFÍA

[4] Bilsborough S, Mann N. A Review of Issues of Dietary Protein Intake in Humans. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism. [Revista en Internet] 2006; 16(2): 129-152.

[5] Elango R, Humayun M. A, Ball R. O, Pencharz P. B. Evidence that protein requeriments have been significantly underestimated. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care. [Revista en Internet] 2010; 13(1): 57-7.

[6] López-Luzardo M. Las dietas hiperproteicas y sus consecuencias metabólicas. Anales Venezolanos de Nutrición [Revista en Internet] 2009; 22(2): 95-104.

7. BIBLIOGRAFÍA

[7] Salas-Salvadó J, Bonada i Sanjaume A, Trallero Casañas R, Saló i Sola M. E, Burgos Peláez R. Nutrición y dietética clínica. 3ª Ed. Barcelona: Elsevier Masson, 2014.

[8] Aparicio V. A, Nebot E, Heredia J. M, Aranda P. Efectos metabólicos, renales y óseos de las dietas hiperproteicas. Papel regulador del ejercicio. Revista Andaluza de Medicina del Deporte [Revista en Internet]; 3 (4).

[9] Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez M. M. Dietas modificadas en energía. Revista Cubana de Medicina [Revista en Internet]. 2002; 41(6).

[10] Bernardot D. Nutrición deportiva avanzada. 3ª Ed. Madrid: Tutor, 2007.

7. BIBLIOGRAFÍA

[11] Varela G, Núñez C, Moreiras O, Grande Covián F. Dietas Mágicas: Madrid.Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid; 2005. Documento técnico de Salud Pública: 2.

[12] Hidalgo Acosta I. V, Mena Miranda V. R, Fernández de la Paz B, Heredero Valdés M, Ruiz Baldrich W. A. Acidosis metabólica: un reto para los intensivistas. Revista Cubana de Pediatría [Revista en Internet]. 2005; 77 (2).

[13] Heaney R. P, Layman D. K. Amount and type of protein influences bone health. The American Journal of Clinical Nutrition [Revista en Internet] 2008; 87(5): 15675-15705.

7. BIBLIOGRAFÍA

[14] Martin W. F, Armstrong L. E, Rodriguez N. R, Dietary protein intake and renal function. Nutrition and Metabolism [Revista en Internet] 2005; 2(25).

[15] Martínez Augustin O, Martínez de Victoria Muñoz E. Proteínas y péptidos en nutrición enteral. Nutrición Hospitalaria. [Revista en Internet] 2006; 21(Supl. 2): 1-14.

[16] Wardlaw G. M, Hampl S. J, Disilvestro R. A. Perspectivas en Nutrición. 6ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2004.

7. BIBLIOGRAFÍA

[17] Carbajal Azcona A. Manual de Nutrición y Dietética. Departamento de Nutrición. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. Madrid; 2013.

[18] Urdampilleta A, Vicente-Salar N, Martínez Sanz J. M. Necesidades proteicas de los deportistas y pautas diétetico-nutricionales para la ganancia de masa muscular. Revista Española de Nutrición Humana y dietética. [Revista en Internet]. 2012; 16(1): 8-12.

[19] González Gross M, Cañada López D. Nutrición, Actividad física y deporte. En: Exlibris Ediciones, S.L. Manual Práctico de Nutrición y Salud. Madrid: Kellogg España; 2012. p.239-254.

7. BIBLIOGRAFÍA

[20] Lambert C. P, Frank L. L, Evans W. J. Macronutrient considerations for the sport of bodybuilding. Sports Medicine. [Revista en Internet]. 2004 ; 34(5): 317-27.

[21] Menon D, Santos Schaurich dos J. Protein consumption by bodybuilding practitioners aiming muscle hypertrophy. Revista Brasileira de Medicina do Esporte [Revista en Internet]. 2012; 18(1): 8-12.

[22] Ibáñez Santos J, Astiarán Anchía I. Alimentación y deporte. Madrid: Eunsa, 2010.

[23] Villa J. G, Córdova A, González J, Garrido G, Villegas J. A. Nutrición del deportista. Madrid: Gymnos, 2000.

7. BIBLIOGRAFÍA

[24] González Gallego, J. Nutrición y ejercicio físico. En: Gil Hernández A. Tratado de Nutrición. Tomo II. Nutrición Humana en el Estado de Salud. Madrid: Acción Médica; 2005. p.471-500.

[25] Saura J, Isidro F, Heredia J. R, Segarra V. Evidencias científicas sobre la eficacia y seguridad de la dieta proteinada: dieta proteinada y ejercicio físico. Revista Andaluza de Medicina del Deporte [Revista en Internet] 2014; 7(1): 27-32.

[26] Campillo A, Cánovas J, Henández M. C, Martín M, Su R. Dieta Dukan y Salud. Lucha contra la diabetes, la hipertensión, la arteriosclerosis y el sobrepeso. Barcelona: RBA; 2012.

7. BIBLIOGRAFÍA

[27] Dukan P. El método Dukan Ilustrado. Cómo adelgazar rápidamente y para siempre. 7ªEd. Valladolid: RBA; 2011.

[28] Basulto Marset J, Manera Bassols M, Baladia Rodríguez E. Dietas hiperproteicas o proteinadas para adelgazar, innecesarias y arriesgadas. Dieta Dukan y método PronoKal como ejemplo. Formación Médica Continuada en Atención Primaria. [Revista en Internet]. 2012; 19(7).

[29] August D. A, Huhmann M. Apoyo Nutricional del Paciente Oncológico. En: Catharine Ross A, Caballero B, Cousins R. J, Tucker K. L, Ziegler T. R. Nutrición en la salud y la enfermedad. 11ªEd. Barcelona: Walters Kluwer Health; 2014. p.1199-1216.

7. BIBLIOGRAFÍA

[30] Bolet Astoviza M, Socarrás Suárez M. M. Alimentación adecuada para mejorar la salud y evitar enfermedades crónicas. Revista Cubana de Medicina General Integral [Revista en Internet]. 2010;26(2).

[31] Hernández Pedroso W, Rittoles Navarro A, González López A, Joanes Fiol J, Amador Armenteros A. Catabolismo proteico en el paciente politraumatizado. Revista Cubana de Medicina Militar [Revista en Internet]. 2000; 29(3): 157-161.

[32] Lowry S. F, Coyle S. M. Estados hipercatabólicos. En: Catharine Ross A, Caballero B, Cousins R. J, Tucker K. L, Ziegler T. R. Nutrición en la salud y la enfermedad. 11ªEd. Barcelona: Walters Kluwer Health; 2014. p.1263-1273.

[33] Alfaro Davila M. Quemaduras. Unidad Nacional de Quemados. Hospital San Juan de Dios. Costa Rica; 2003.

7. BIBLIOGRAFÍA

[34] Jeschke M. G, Finnerty C. C, Harrison R. A, Herndon D. N. Nutrición en las lesiones por quemaduras. En: Catharine Ross A, Caballero B, Cousins R. J, Tucker K. L, Ziegler T. R. Nutrición en la salud y la enfermedad. 11ªEd. Barcelona: Walters Kluwer Health; 2014. p.1291-1298.

[35] Elina Benetti M, Di Marco B, Palacios Courret N. L, Martínez Etchevest S. S, Gabriela Aronne S. Úlcera por presión. Favorable resolución con nutrición especializada. Actualizaciones Terapeúticas Dermatológicas y Estéticas. [Revista en Internet]. 2015; 38: 92-98.

7. BIBLIOGRAFÍA

[36] De Luis D, Aller R. Revisión sistemática del soporte nutricional en las úlceras por presión. Anales de Medicina Interna (Madrid) [Revista en Internet]. 2007; 24(7): 335-338.

[37] Toussant-Martinez de Castro G, García Aranda J. A. Desnutrición Energético-Proteínica. En: Casanueva E, Kaufer- Horwitz M, Pérez-Lizaur A. B, Arroyo P. Nutriología Médica. 3ªEd. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008. p. 264-265.

TEMA 32. LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN LA TERCERA EDAD.

MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ
MARTA ATIENZA CORREAS
ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- DEFINICIÓN
- CUADRO CLÍNICO
- INCIDENCIA
- ETIOLOGÍA
- ETIOLOGÍA EN PACIENTES ANCIANOS
- ETIOLOGÍA EN PACIENTES CON EPOC
- ETIOLOGÍA EN PERSONAS INGRESADAS EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD
- EPIDEMIOLOGÍA
- MANIFESTACIONES CLÍNICAS
- PREVENCIÓN DE LA NAC
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes y su pronóstico varía desde la resolución rápida de síntomas con recuperación completa del estado funcional hasta el desarrollo de complicaciones médicas graves y la muerte[1]. Consecuentemente, la neumonía es una causa importante de la morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países y la causa principal de hospitalizaciones entre los ancianos. En personas mayores de 60 años, la incidencia es de 2 a 6 veces superior que en el resto de la población adulta y constituye la primera causa de muerte por enfermedad infecciosa en la tercera edad, en países tanto desarrollados como subdesarrollados. Su incidencia y letalidad hacen de esta afección un verdadero reto para los servicios asistenciales si tenemos en cuenta que su mayor frecuencia y mortalidad ocurre en las personas que sobrepasan los 60 años de edad[1]. Precisamente el envejecimiento poblacional es uno de los rasgos que caracterizan demográficamente al contexto cubano actual[1].

INTRODUCCIÓN

Una revolución demográfica está ocurriendo en todo el mundo. Actualmente hay alrededor de 600 millones de personas de 60 años y más; esta cifra se duplicará hacia el 2025 y llegará a casi dos mil millones hacia el 2050, la mayoría de ellos en países en vías de desarrollo. Cuba es una de las sociedades de envejecimiento más acelerado en América Latina. La situación en las grandes ciudades cubanas es aún más compleja, ya que es aquí donde se concentra la población envejecida. Las personas de 60 años y más constituyen el 17,7 % de la población urbana en general, mientras que en La Habana esta proporción es de 19,5 %. La tasa de defunciones por neumonía e influenza al cierre del 2012 se encuentra en 255,4 × 100 000 habitantes de 60 años y más. Asciende a 1 004,6 a partir de los 80 años, en contraste con la tasa para la población general de ambos sexos que es de 48,8 × 100 000 habitantes[1].

INTRODUCCIÓN

A menudo, los médicos de urgencias tienen que ocuparse de la decisión del ingreso hospitalario de pacientes que acuden con sospecha de NAC[1]. Decidir entre tratamiento domiciliario u hospitalario se considera una de las decisiones médicas a veces más difícil. El ingreso a menudo condiciona el proceso de evaluación microbiológica y de laboratorio, el tipo, la ruta y la duración de la terapia antibiótica, la intensidad de la observación clínica y el uso de recursos médicos para esta condición. Desde una perspectiva clínica, actualmente los *scores* de pronóstico permiten orientarnos sobre la posible evolución de la enfermedad y aumenta la capacidad de predecir complicaciones graves incluyendo la muerte. También puede ayudar en las decisiones iniciales de manejo, como son la determinación del lugar más apropiado, la intensidad del tratamiento hospitalario, las pruebas diagnósticas y la terapia antimicrobiana más adecuada[1].

INTRODUCCIÓN

El riesgo de la mortalidad de los pacientes con NAC puede estratificarse empleando información clínica fácilmente disponible en la presentación del paciente en urgencias y exámenes mínimos indispensables que deben estar garantizados. Así, se han elaborado varias reglas de predicción. La puntuación del índice de severidad pronóstico (ISP) o índice de Fine (IF), específico para la neumonía, el más universal utilizado en la actualidad, se basa en 20 aspectos que incluyen factores demográficos, comorbilidad, hallazgos de la exploración física, datos de laboratorio y radiográficos fácilmente disponibles en el servicio de urgencias y en las salas de hospitalización. Existen otras escalas de predictores como el CURB-65 (con solo 5 variables), de la British Thoracic Society(BTS) empleado en muchos países occidentales europeos, en Norteamérica y algunos países latinoamericanos. También son empleados los de la Sociedad Española de Neumonología y Cirugia Torácica y del Grupo de trabajo de la Asociación Latinoamericana del Tórax (ALAT). En estos dos últimos los índices son adaptaciones de los anteriores[1].

DEFINICIÓN

La NAC se define como la infección aguda del parénquima pulmonar que se desarrolla fuera del ambiente hospitalario, o se manifiesta en las primeras 48 horas del ingreso al hospital o después de siete días de haber regresado de un centro hospitalario[2].

CUADRO CLÍNICO

Se considera que un paciente tiene neumonía cuando presenta un cuadro clínico caracterizado por[2]:

Tos y por lo menos uno de los siguientes: expectoración mucopurulenta, dolor torácico de tipo pleurítico, disnea[2].

Por lo menos un síntoma o signo sistémico como: fiebre, sudoración, malestar general y/o temperatura de 38,3ºC o más[2].

Infiltrado focal o asimétrico en la radiografía del tórax, no observado o descrito previamente y para el cual no se tenga otra explicación[2].

Al examen físico del tórax, pueden o no encontrarse anormalidades auscultatorias, generalmente localizadas o asimétricas, o signos de consolidación pulmonar[2].

Sin embargo, las manifestaciones clínicas son variables en subgrupos especiales de pacientes, por lo que en algunos casos la NAC se constituye en un reto diagnóstico y a la vez terapeútico[2].

INCIDENCIA

Los estudios poblacionales prospectivos sitúan una incidencia anual de NAC entre el 5 y el 11% de la población adulta. Es bien conocido que la enfermedad es más frecuente en varones, en los extremos de la vida, en invierno y en presencia de diversos factores de riesgo, entre ellos, consumo de alcohol y tabaco, malnutrición, uremia o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). En los diferentes países, el número ingresos por NAC oscila entre 1,1 y 4 por 1.000 pacientes. Entre otros motivos, esta variabilidad podría estar en función de las diferencias en la atención de los pacientes en los servicios de atención primaria o atención especializada. Asimismo, el número de ingresos aumenta con la edad (1,29 por 1.000 en pacientes de 18 a 39 años frente al 13,21 por 1.000 en aquellos de 55 o más años). Por otra parte, entre un 1,2 y un 10% de pacientes hospitalizados por NAC precisan ingreso en un servicio de medicina intensiva[3].

ETIOLOGÍA

Los hallazgos etiológicos más frecuentes en los pacientes ambulatorios y hospitalizados, en un gran número de casos el patógeno causal es desconocido. El más frecuente en todas las series y en todos los ámbitos es el Streptococcus pneumoniae. La frecuencia del hallazgo de Mycoplasma pneumoniae puede depender de si el estudio se ha efectuado o no en años epidémicos. En los pacientes ingresados en ICU, son frecuentes Staphylococcus aureus, Legionella spp. y neumococo resistente. Los bacilos entéricos gramnegativos (BEGN), Chlamydophila psittaci y Coxiella burnetii son causas poco comunes de NAC. La incidencia de infecciones polimicrobinas varía del 5,7 al 13%, dependiendo del tipo de estudio y de la intensidad de la búsqueda de los agentes causales[3].

ETIOLOGÍA EN PACIENTES ANCIANOS

Aunque en los diferentes estudios las definiciones de pacientes ancianos o de edad avanzada no son homogéneas, en general, M. pneumoniae, Legionella spp. y BEGN son menos frecuentes en la población añosa[3].

Por el contrario, Haemophilus influenzae y los episodios de neumonía adquiridos por aspiración se han descrito con mayor frecuencia en esta población[3].

ETIOLOGÍA EN PACIENTES CON EPOC

Las infecciones por H. influenzae y Moxarella catarrhalis, así como las bacteriemias por neumococo son más frecuentes en pacientes con EPOC[3].

En estudios españoles, se ha descrito tanto una distribución etiológica similar a la de la población en general, como un aumento de infecciones causadas por S. pneumoniae, enterobacteria, Pseudomonas aeruginosa e infecciones mixtas[3].

ETIOLOGÍA EN PERSONAS INGRESADAS EN RESIDENCIAS DE LA TERCERA EDAD

En un estudio español de NAC, concretamente de healthcare-associated pneumonia (HCAP, 'neumonía asociada a cuidados de la salud') que incluía un 25,4% de pacientes ingresados en residencias se ha descrito una mayor incidencia de de neumonía por aspiración, H. influenzae, BEGN y S. aureus, así como una frecuencia menor de Legionella spp. y casos sin diagnóstico etiológico[3].

Sin embargo, en un estudio prospectivo de cohortes realizado en el Reino Unido que comparaba pacientes con neumonía adquirida en residencias y pacientes mayores de 65 años, no se observaron diferencias etiológicas[3].

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia anual de NAC es del 5–11 por 1.000 de la población adulta[3].

La incidencia oscila con la edad, siendo mayor en los extremos de la vida[3].

El número de pacientes con NAC que requieren hospitalización oscila entre el 1,1 y el 4 por 1.000[3].

El porcentaje de pacientes hospitalizados que requieren manejo en una UCI varía entre el 1,2 y el 10%[3].

La mortalidad referida para los pacientes con NAC atendidos en la comunidad es inferior al 1%, oscilando entre el 5,7 y el 14% en los

EPIDEMIOLOGÍA

pacientes hospitalizados, siendo alrededor el 30% en los pacientes que requieren UCI y pudiendo alcanzar el 50% en los pacientes que requieren ventilación asistida[3].

La etiología de la NAC no puede deducirse con fiabilidad teniendo en cuenta solamente los síntomas y signos clínicos[3].

El agente causal más común en todas las categorías es el *S. pneumoniae*[3].

Los pacientes ancianos pueden presentar frecuentemente un cuadro clínico poco expresivo[3].

La radiología de tórax es una prueba fundamental para establecer un diagnóstico de NAC[3].

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La sintomatología de la NAC es inespecífica y su diagnóstico se basa en un conjunto de signos y síntomas relacionadas con una infección de vías respiratorias bajas y afectación del estado general, incluyendo fiebre (>38°C), tos, expectoración, dolor torácico, disnea o taquipnea, y signos de ocupación del espacio alveolar. En los ancianos, no es infrecuente la ausencia de fiebre y la aparición de confusión y empeoramiento de enfermedades subyacentes[3].

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

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

NAC neumocócicas se produce con mayor frecuencia en pacientes del sexo femenino, consumidores de alcohol, pacientes con diabetes mellitus, EPOC y en aquellos que presentan tos no productiva. La NAC causada por L. pneumophila es más común en pacientes jóvenes, fumadores, sin comorbilidades asociadas y que presenten síntomas de diarrea, signos de infección grave y afectación neurológica multisistémica. La hiponatremia, hipofosfatemia y hematuria también se han relacionado con este microorganismo. Por otra parte, la NAC causada por M. pneumoniae es más frecuente en pacientes jóvenes, siendo menos habitual la afectación multisistémica y más común que los pacientes hayan sido tratados con antibióticos antes del diagnóstico de NAC. Las neumonías víricas están descritas con elevada frecuencia en pacientes con fallo cardiaco congestivo[3].

PREVENCIÓN DE LA NAC

La prevención de la NAC se puede efectuar mediante la lucha contra los patógenos que la causan, cuyo prototipo sería la vacunación específica contra al neumococo, o bien intentando suprimir las situaciones de riesgo que favorecen su presentación, fundamentalmente mediante la vacunación antigripal y la lucha contra el tabaquismo[3].

Vacuna Neumocócica

La prevalencia y la virulencia intrínseca del neumococo, así como la progresiva resistencia a los antibióticos observada en las últimas décadas, ha reavivado el interés por el desarrollo y perfeccionamiento de las vacunas antineumocócicas. En la actualidad existen dos tipos: la vacuna polisacárida 23-valente (VP-23) y la vacuna heptavalente-conjugada (VC-7)[3].

PREVENCIÓN DE LA NAC

Vacuna Neumocócica

La VP-23 contiene los polisacáridos capsulares purificados de los 23 serotipos más frecuentes, aunque la respuesta es pobre en las poblaciones de mayor riesgo de sufrir una NAC grave (niños menores de 2 años de edad, ancianos, pacientes inmunodeprimidos) y desigual frente a los distintos serotipos. Los resultados de estudios publicados en la literatura demuestran la efectividad de la vacuna VP-23 en la disminución del riesgo de neumonía neumocócica invasiva en adultos inmunocompetentes y mejor evolución en sujetos que desarrollan una NAC, aunque no se ha podido demostrar su acción para reducir el riesgo de neumonía neumocócica no invasiva[3].

PREVENCIÓN DE LA NAC

Vacuna Neumocócica

La VC-7, que ha sido utilizada con éxito desde hace una década, protege contra los siete serotipos que son responsables del 80% de las infecciones neumocócicas (otitis media, neumonía y meningitis) en la edad pediátrica[3]. En niños, esta vacuna es altamente inmunogénica por su respuesta dependiente de linfocitos T y ha demostrado una reducción significativa en la incidencia de neumonía y enfermedad neumocócica invasiva en niños de menos de un año. Además, dado que los niños pequeños son el reservorio más importante del neumococo, la eliminación del estado de portador en los mismos, reduce el riesgo de transmisión al resto de la población y, por tanto la frecuencia de infección neumocócica invasiva incluso en sujetos no vacunados, lo que, por otra parte, obliga a replantearse los estudios de coste efectividad de la vacunación con VP-23 en adultos realizados hasta la fecha[3].

PREVENCIÓN DE LA NAC

Vacuna Neumocócica

Después de su administración, la vacuna puede producir leves efectos secundarios locales (dolor, eritema o hinchazón) en la mitad de los casos, que no suelen persistir más de 48h. Las reacciones sistémicas moderadas (fiebre o mialgias) o las reacciones locales más graves (induración) son raras. La VP-23 no debe administrarse por vía intradérmica ni durante la infección neumocócica aguda. Tampoco se ha evaluado su seguridad durante el primer trimestre del embarazo ni en la lactancia. La vacuna antineumocócica puede administrarse simultáneamente con otras vacunas, como la de la gripe, pero en lugar distinto. En relación con el tratamiento inmunosupresor, su iniciación debería posponerse al menos 2 semanas después de la vacunación y esta no está recomendada durante la quimioterapia o la radioterapia[3].

PREVENCIÓN DE LA NAC

Vacuna Neumocócica

Recomendaciones de uso de la vacuna polisacárida 23-Valente:

Edad ≥65 años[3].
Personas entre 2 y 64 años con algunos de los siguientes factores de riesgo[3]:

- Enfermedad pulmonar o cardíaca crónica[3].
- Diabetes mellitus[3].
- Alcoholismo o hepatopatía crónica[3].
- Pérdidas de líquido cefalorraquídeo[3].
- Asplenia funcional o anatómica[3].
- Residencia en centros sociosanitarios[3].

PREVENCIÓN DE LA NAC

Vacuna Neumocócica

Recomendaciones de uso de la vacuna polisacárida 23-Valente:

Pacientes inmunodeprimidos de 2 o más años de edad[3].

- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana[3].
- Inmunodeficiencias congénitas[3].
- Linfomas, enfermedad de Hodgkin, leucemias, mieloma múltiple[3].
- Neoplasias diseminadas[3].
- Síndrome nefrótico e insuficiencia renal[3].
- Tratamiento con inmunosupresores (incluyendo corticoides sistémicos)[3].
- Trasplante de órgano sólido o de médula ósea[3].

PREVENCIÓN DE LA NAC

Vacuna Neumocócica

Recomendaciones de uso de la vacuna heptavalente-conjugada

Todos los niños en edades comprendidas entre 6 semanas y 59 meses (4 años)[3].

Especial énfasis en los diagnosticados de[3]:

- Anemia de células falciformes, otras hemoglobinopatías, asplenia congénita o adquirida, disfunción esplénica[3].
- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana[3].
- Situaciones de inmunodepresión[3].

PREVENCIÓN DE LA NAC

Vacuna Neumocócica

Recomendaciones de uso de la vacuna heptavalente-conjugada

- Inmunodeficiencias congénitas[3]
- Síndrome nefrótico e insuficiencia renal[3].
- Tratamiento inmunosupresor (incluyendo los trasplantes[3]
- Enfermedades crónicas[3].
- Cardíaca[3].
- Pulmonar[3].
- Pérdidas de líquido cefalorraquídeo[3].
- Diabetes mellitus[3].
- Niños que acuden regularmente a guarderías[3].

PREVENCIÓN DE LA NAC

Lucha contra el Tabaquismo

El tabaquismo es un factor de riesgo independiente de NAC y de enfermedad invasiva por S. pneumoniae en personas jóvenes. Además, aumenta el riesgo de NAC y la incidencia y gravedad de las neumonías debidas a varicela y Legionella spp. . El cese del hábito tabáquico disminuye a la mitad el riesgo de sufrir NAC en los 5 años siguientes al abandono del consumo y, por consiguiente, dejar de fumar debe ser un objetivo prioritario en los pacientes fumadores que presentan una NAC[3].

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de la NAC, se requiere el estudio microbiológico de muestras adquiridas, normalmente, por métodos incruentos. Dentro de ellos, las tomas de esputo son procesadas para tinción de Gram y cultivo que, entre un 10% y un 30% de las ocasiones, son difíciles de obtener por ausencia de expectoración. Los hemocultivos, que deben practicarse en la mayoría de los ingresos en el hospital, llegan a alcanzar una rentabilidad del 67% si el bacilo responsable es el S. pneumoniae. Asimismo, podemos emplear otros métodos como la realización de tests serológicos y de aglutinación. En determinadas situaciones relevantes, con curso clínico complicado, que requieren un diagnóstico definitivo, resultan eficaces ciertas pruebas entre las que destacan la detección de antígenos o la PCR[4].

No obstante, en algunas circunstancias, los mencionados análisis no nos permiten llegar a un diagnóstico concluyente, y nos podemos ver en la obligación de conseguir muestras por métodos invasivos. En este apartado, citamos la broncoscopia, la aspiración transtraqueal y la punción percutánea pulmonar aspirativa; de este modo, el procesamiento de las muestras logradas serían eficientes para orientar el tratamiento inicial[4].

DIAGNÓSTICO

Para establecer la severidad de la NAC nos basamos, primordialmente, en dos pilares que son las pruebas de laboratorio y la valoración clínica inicial[4].

El primero de ellos, contiene la realización de gasometría arterial, hemograma, bioquímica y radiología de tórax, que nos informan sobre la existencia de acidosis, hipoxemia, retención carbónica, grado de leucocitosis o leucopenia, la tasa de urea, la extensión radiológica, afectación de uno o más lóbulos con otras alteraciones asociadas como derrame pleural. En el segundo, nos guiamos por dos principios fundamentales como la frecuencia respiratoria y la presión arterial, que pueden ser medidos en el momento del diagnóstico y en cualquier situación, siendo, ambos, de gran utilidad pronóstica. A modo de ejemplo, una frecuencia de >= 30 respiraciones por minuto y una presión arterial diastólica de 60 mmHg son datos indicativos de severidad del cuadro clínico. Otros elementos pronósticos implicados son el estado nutricional, el estado mental y el tratamiento antibiótico aplicado. Más concretamente, en el grupo de NAC graves, que requieren ingreso en UCI se han descrito, tambien, el shock séptico, la extensión radiológica con afectación multilobular y la necesidad de ventilación mecánica[4].

TRATAMIENTO

Las normas nacionales establecen que para la neumonía grupo uno, es decir, pacientes mayores de 65 años sin comorbilidad y factores de riesgo, el tratamiento recomendado es amoxicilina 1gr. c/8 horas vía oral durante siete días. Como alternativa, eritromicina 500 mg. c/6 hrs. vía oral por siete días; claritromicina 500 mg. c/12 hrs. vía oral por siete días o azitromicina 500 mg. c/ 24 hrs. vía oral (v.o) por cinco días[5].

Para el grupo dos, pacientes mayores de 65 años o de cualquier edad con comorbilidad específica, el tratamiento establecido es amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg. c/8 hrs. u 875/ 125 mg. c/12 hrs. vía oral por siete días o cefuroxima 500 mg. c/12 hrs. vía oral por siete días y como alternativa se recomiendan los mismos medicamentos que para el grupo uno[5].

En el grupo tres, pacientes de cualquier edad, con criterios de gravedad moderada, que se hospitalizan en sala común, se recomienda como primera línea, cefalosporina de tercera generación, ceftriaxona 1-2 gr. al día endovenoso (e.v) o cefotaxima 1 gr. c/8hrs. e.v. Como régimen alternativo se puede utilizar

TRATAMIENTO

amoxicilina/ac. clavulánico 1000/200 mg. c/8 hrs. e.v o amoxicilina/sulbactam 1000/500 mg. c/ 8 hrs. e.v o ampicilina/sulbactam 1000/500 mg. c/8 hrs. e.v. Si en presencia de fracaso a beta lactámicos o serología positiva para *Mycoplasma, Clamydia o Legionella*, se recomienda agregar, eritromicina 500 mg. c/6 hrs. e.v o v.o, claritromicina 500 mg. c/12 hrs. v.o, o azitromicina 500 mg. al día v.o.[5].

En el grupo cuatro, pacientes con NAC grave hospitalizados en intermedio o UCI, se recomienda las mismas cefalosporinas del grupo tres, asociado a eritromicina 500 mg. c/6 hrs. e.v, levofloxacino 0,5 a 1 gr. al día e.v o moxifloxacina 400 mg al día e.v. Y como régimen alternativo, se especifica el mismo utilizado en el grupo tres, asociado a los antibióticos ya mencionados[5].

La elección de la vía de administración de los antibióticos, ya sea oral o endovenosa, dependerá de la gravedad de la infección y del funcionamiento del tracto digestivo del enfermo[5].

TRATAMIENTO

El razonamiento de estas recomendaciones, es que en general, en la neumonía menos grave los pocos pacientes que mueren lo hacen por neumonía neumocócica, por lo tanto a pesar de que en ellas algunas veces los gérmenes atípicos son frecuentes, por un tema de costo, se prefiere cubrir el neumococo con un betalactámico y dejar un tanto descubiertos los gérmenes atípicos. Pareciera ser que esta no es una medida correcta y que debiera replantearse el tratamiento de la neumonía en base a una serie de argumentos. Los estudios nacionales de neumonía orientan a que tienen sentido las recomendaciones que salen en las guías, puesto que el germen más frecuente es el neumococo en la mayoría de las series y los gérmenes atípicos prácticamente no existen[5].

TRATAMIENTO

En el abordaje del tratamiento en un paciente con neumonía adquirida en la comunidad es fundamental considerar los siguientes elementos: la presencia o ausencia de comorbilidad, la gravedad de la enfermedad al momento de la presentación y la necesidad de hospitalización o ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos. Una vez considerados dichos elementos se procede a elegir el esquema antibiótico más apropiado para el caso particular. Cuando se ha definido el agente etiológico, la elección del antibiótico es más sencilla ya que el tratamiento se dirige específicamente en función de la sensibilidad del microorganismo, costo, toxicidad y menor espectro (tabla 12). Desafortunadamente es baja la frecuencia de los casos en que se define el agente etiológico al inicio de la prescripción del manejo, por lo que la opción del tratamiento es generalmente empírica, esto es más evidente sobre todo cuando éste se lleva a cabo en la comunidad. En el ámbito hospitalario, cuando se establece el diagnóstico etiológico es posible modificar el régimen del tratamiento empírico inicial; sin embargo, en la práctica esto se aplica en la minoría de los casos, por lo que las recomendaciones del tratamiento se basan en los microorganismos probables causantes de la neumonía para cada estrato descrito anteriormente[6].

TRATAMIENTO

El tratamiento debe iniciarse posterior a la toma del segundo hemocultivo y dentro de las primeras ocho horas desde el diagnóstico de la NAC, ello disminuye la probabilidad de muerte y el tiempo de estancia hospitalaria. A continuación se describen las recomendaciones del tratamiento empírico de acuerdo a las recomendaciones de los Consensos Mexicanos (Consenso Nacional de uso de antimicrobianos en la neumonía adquirida en la comunidad),44 de la Asociación Latinoamericana de Tórax,68 de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR),73 y de los Consensos de la Sociedad Americana de Enfermedades infecciosas,43 de la Sociedad Americana de Tórax37 y Sociedad Británica de Tórax33 en los siguientes escenarios clínicos: para el paciente que puede tratarse de forma ambulatoria, para el que requiere de hospitalización y para el paciente grave que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos. En cualquiera de los casos, cuando el microorganismo es identificado o existe una gran sospecha del mismo en el caso de que hayan sido disponibles el estudio de Gram y cultivo de expectoración, o cualquier resultado microbiológico derivado de una muestra de origen respiratorio, se indicará el tratamiento específico para dicho microorganismo, en el caso contrario se iniciará un tratamiento empírico[6].

TRATAMIENTO

En la figura 11 se describe el algoritmo de diagnóstico y tratamiento en un paciente con neumonía adquirida en la comunidad[6].

Paciente ambulatorio En este caso el tratamiento se deberá orientar a tratar el neumococo y cubrir microorganismos atípicos, así mismo, y tomando en cuenta la posibilidad de resistencia a la penicilina y a macrólidos. Para el caso de un paciente ambulatorio sin comorbilidad ni riesgos para Streptococcus pneumoniae penicilino resistente y sin antecedente de haber utilizado antimicrobianos tres meses previos, se recomienda amoxicilina 500 mg por vía oral tres veces al día, una buena alternativa en caso de intolerancia o hipersensibilidad es doxiciclina 200 mg iniciales y posteriormente 100 mg c/12 horas vía oral (vo) (evidencia de nivel III) o un macrólido (azitromicina 500 mg c/24 horas o claritromicina 500 mg c/12 horas). En el caso de un paciente ambulatorio con comorbilidad asociada como: diabetes mellitus, cardiopatía, enfermedad pulmonar, renal o hepática, alcoholismo, malignidad, asplenia, estado inmunosupresor, utilización de fármacos inmunosupresores o haber recibido antibióticos dentro de los tres meses previos o cualquier otro riesgo para infección por

TRATAMIENTO

neumococo penicilino resistente, se recomienda: la utilización de un beta lactámico más un macrólido, por ejemplo: amoxicilina oral a dosis altas, 1 g c/8 horas o amoxicilina-clavulanato 2 g dos veces al día asociado a un macrólido (claritromicina 500 mg c/12 horas o azitromicina 500 mg c/24 horas). Otra alternativa la constituye una fluoroquinolona respiratoria (moxifloxacino oral 400 mg/día, gemifloxacino 320 mg/día o levofloxacino 750 mg/día). Con las opciones anteriores se cubre S. pneumoniae, H. influenzae, M. pneumoniae y C. pneumoniae, que constituyen los patógenos más probables en este grupo. La vía de administración del antibiótico en estos pacientes es la oral. Se les deberá evaluar nuevamente a las 48 horas y si el paciente no ha mejorado se considerará manejo hospitalario. La duración del tratamiento que se sugiere es de 7 a 10 días (tabla 13). Otras alternativas incluyen ceftriaxona, cefpodoxima y cefuroxima 500 mg dos veces al día. En regiones con tasa elevada (> 25%) de S. pneumoniae resistente a macrólido, considerar las recomendaciones listadas para el pacientes ambulatorio con comorbilidad[6].

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernandez A. Yamiléx Y. Serra Valdes MA. Cordero López G. Neumonía adquirida en la comunidad: aspectos clínicos y valoración del riesgo en ancianos hospitalizados. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41: 413-426.
2. De Neumología AC. De Tórax C. De Infectología AC. Recomendaciones para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la neumonía adquirida en la comunidad en adultos. Infectio. 2004; 8: 8-citation_lastpage = 44.
3. Menéndez R. Torres A. Aspa J. Capelastegui A. Prat C. Rodríguez de Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Archivos de bronconeumologia. 2010; 46(10): 543-558.

BIBLIOGRAFÍA

4. Lado Lado FL. Neumonía adquirida en la comunidad. En Anales de Medicina Interna. Arán Ediciones, SL. 2002; 19 (12): 9-11.

5. Ruiz M. Diagnóstico y terapia inicial de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Medwave. 2010; 10(06).

6. Báez-Saldaña R. Gómez-Zamora C. López-Elizondo C. Molina-Corona H. Santillán-Martínez A. Sánchez-Hernández J. Orozco-González N. Neumonía adquirida en la comunidad. Revisión y actualización con una perspectiva orientada a la calidad de la atención médica. Neumología y Cirugía de Tórax. 2013; 72(S1): 6-43.

TEMA 33. CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

MIGUEL ÁNGEL MORENO BAÑOS

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN……3
- OBJETIVOS…….....6
- METODOLOGÍA……7
- RESULTADOS……..8
- CONCLUSIÓN ……9
- BIBLIOGRAFÍA……....10

INTRODUCCIÓN

El “ciclo de la violencia” es un modelo explicativo y teórico, definido por Leone Walker, en el que se trata de explicar cómo la violencia de género sigue un patrón cíclico, donde la violencia sigue unas fases hasta la llegada de una reconciliación, fases que se repiten cíclicamente con mayor intensidad y en un espacio temporal más breve.

Este patrón explica como muchas mujeres permiten esta relación violenta sin romperla y sin denunciar al agresor.

Los episodios violentos no son constantes y están seguidos de periodos de cariño y de arrepentimiento pero que desembocan en violencia. Cuando el ciclo de la violencia aumenta, es cuando la mujer reconoce el maltrato y la confianza en su pareja.

INTRODUCCIÓN

El ciclo de la violencia de género sigue las siguientes fases:

- Negación de la violencia: la mujer maltratada no reconoce el maltrato e intenta justificarlo.
- Fase de aumento de la tensión e inercia: Irritabilidad del agresor, manifestando distintos tipos de violencia psicológica: menosprecios, ira, indiferencia, sarcasmos....
- Fase de explosión o violencia explícita: el agresor estalla con su violencia, va más allá de la violencia psicológica, amenaza, ejerce violencia física y sexual, con el propósito de castigar y enseñar a la mujer.

INTRODUCCIÓN

Fase de reconciliación o calma, “luna de miel”:
Se muestra cariñoso, arrepentido y promete no volverlo hacer.
No obstante, este ciclo se repite una y otra vez, haciendo que esta etapa sea cada vez más corta hasta desaparecer, quedando en estado de violencia.

OBJETIVOS

Identificar y visualizar los distintos tipos de Violencia de Género.

Informar a la mujer maltratada de las distintas fases del ciclo de Violencia de Género.

Apoyar a la mujer maltratada para que fomente su autocuidado.

.Informar a la mujer de que no está sola, y recurra a los servicios sanitarios, sociales y judiciales en defensa de sus derechos.

METODOLOGÍA

- Se realizó una búsqueda bibliográfica precisa, en distintas bases de datos como Pubmed, Medlineplus, Cinhal y Cochrane.
- Se consultaron boletines y base de datos de información estadística, como Ágora.
- Se encontraron sobre Violencia de Género en artículos de revistas y en bibliotecas científicas online como Scielo.
- El periodo donde se realizó la búsqueda fue entre 2014-2018.
- Entre las 30 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 9 para su análisis.

Descriptores: CICLO, FASES, VIOLENCIA, GÉNERO.

RESULTADOS

- Este patrón es aplicable a algunos casos de violencia de género, pero no a todos.
- El ciclo de la violencia de género explica el cómo la mujer maltratada aguanta durante años su situación de violencia machista.
- Los patrones de género que culturalmente están acunados por el patriarcado, siguen la desigualdad entre el hombre y la mujer, de forma, que el hombre muestra su fuerza y dominio sobre la mujer, a la que debilita.

CONCLUSIÓN

- Gracias a los planes de actuación contra la Violencia de Género, tanto a nivel estatal, como autonómicos, la mujer recibe apoyo y solidaridad contra el maltrato.
- Los medios informativos visualizan los distintos tipos de violencia de género, de tal forma, que la mujer inmersa en una situación conformista y distorsionada, abre los ojos y se enfrenta a ella.
- La normalización de una sociedad inculcada en el patriarcado, pasa a liberarse, y creer en la igualdad entre géneros, y cada vez más, defiende sus derechos.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía profesional de recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (Actualizada a 26 abril de 2016) www.carm.es/prevencionviolenciadegenero
- Plan Nacional de sensibilización y prevención de la violencia de Género. Marco conceptual y ejes de intervención. www.consejogeneraldecolegiosoficialesdepsicologos

BIBLIOGRAFÍA

- "Diez años de la Ley Orgánica I /2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en los Órganos Judiciales". Boletín de Información Estadística, nº 43, nov 2015.
- www.poderjudicial.es/datospenales,civilesylaborales

"El ciclo de la violencia en las relaciones de pareja". Julia Uliaque Moll. Psicología forense y criminalística. Psicologia y Mente. www.psicologiaymente.com. >forense

TEMA 34. ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE DERECHOS Y DEBERES DE PACIENTES DE CENTROS SANITARIOS.

FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los usuarios de los diferentes sistemas sanitarios públicos tienen reconocidos una gran cantidad de derechos en el sistema sanitario. Lo que se pretende con este estudio es evaluar si finalmente se cumplen los derechos de los usuarios de salud o si por el contrario hay determinados derechos que se ven quebrantados por acción u omisión de la administración.

OBJETIVOS

El objetivo general que se persigue con este estudio es el de identificar los derechos que tienen reconocidos los usuarios de los centros sanitarios y que finalmente no se ven realizados en la práctica.
Como objetivos específicos, se tratará de identificar las causas por las que no se cumplen los derechos reconocidos a los usuarios de los sistemas sanitarios.

INVESTIGACIÓN

Para llevar a cabo la investigación, se realizará un estudio analítico transversal, que aunque no nos den una fuerte evidencia sobre las causas, nos den información que nos ayude en la generación de hipótesis sobre las posibles causas 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 usuarios como pueden ser: Ley de dependencia, seguridad del paciente, 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 35. LA OBESIDAD COMO PROBLEMA SOCIAL.

JOSÉ ANTONIO RODRIGUEZ CARRILLO

MARIA DE LAS NIEVES CABALLERO ANTIÑOLO

ÍNDICE

- DEFINICIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD
- CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD
- SITUACIÓN ACTUAL DE LA OBESIDAD EN ESPAÑA.
- PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD A NIVEL MUNDIAL..
- PRINCIPALES PROBLEMAS DERIVADOS DE LA OBESIDAD/SOBREPESO
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Podemos definir el sobrepeso como un estado patológico caracterizado por una acumulación en exceso de la materia grasa en el cuerpo, independientemente de su localización, quedando establecida ésta entre el 25-29,9 del Índice de Masa corporal

Mientras, la obesidad, es cuando ésta acumulación de grasa es excesiva, superando el 30 del Índice de Masa corporal.

El problema radica en la dificultad de su clasificación. Ésta clasificación, resulta al determinar el porcentaje de grasa del individuo, y posterior cuantificación en relación con el valor de referencia según sexo, talla y edad; pero el problema está en que, no existe un estándar aceptado de contenido graso "correcto“, debido a que depende de las características del sujeto.

CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL:

El índice de masa corporal (IMC) es el resultado del peso (kg) dividido por el cuadrado de la talla en metros. Se usa de forma frecuente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Su principal problema radica en que no diferencia entre peso graso y muscular, por lo que un sujeto hipermusculado, según establece el Índice de Masa Corporal, en función de su algoritmo, resultaría un sujeto con sobrepeso u obesidad, no siendo éste tal.

CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL:

IMC	CLASIFICACIÓN
20 o menor	Peso Insuficiente o ponderal
20-24,9	NORMOPESO
25-26,9	Sobrepeso Grado I
27-28,9	Sobrepeso Grado II
29-34,9	Obesidad tipo I
35-39,9	Obesidad tipo II
40-49,9	Obesidad tipo III (o mórbida)
50-59,9	Superobesidad
60 o mayor	Súper Superobesidad

SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

En España existen unos 24 millones de casos de exceso de peso, lo que supone el 70% de la población adulta española. Se trata de tres millones de personas más que en la década anterior, produciéndose un un incremento del sobrepeso anual del 0,28% en los hombres y del 0,10 % en mujeres, y de la obesidad del 0,50% en hombres y el 0,25% en mujeres.

Respecto a la obesidad juvenil, la prevalencia de la obesidad en menores de 25 años en España ha aumentado desde el año 2000 entre un 3 y un 5 % en función del grupo de edad, según datos del Estudio Nutricional de la Población Española (ENPE), que señala que la tasa de obesidad en esas edades se sitúa en el 11,3 %.

Por sexos, la prevalencia de la obesidad es mayor en chicos (12,6 %) que en chicas (11,2 %), mientras que la suma de datos de obesidad y sobrepeso en jóvenes de entre 13 y 25 años es del 23 %

SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

Por último, el sobrepeso en España en relación a la población infantil queda entorno al 23%, y el de obesidad infantil, entorno a un 18%.

En todos los casos, tanto adultos, como infanto-juveniles, existen, además de éste sobrepeso y/o obesidad, una malnutrición en empeora el panorama.

Éstos datos, junto con malos hábitos de vida y baja/excasa o nula actividad física por parte de todos ellos, hace de la obesidad uno de los principales factores de riesgo de mortalidad.

Por todo esto, debemos de hacer hincapié en una correcta salud nutricional a nivel comunitario y preventivo. Es de vital importancia la implantación del nutricionista/dietista a nivel, tanto comunitario, como intrahospitalario.

PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD A NIVEL MUNDIAL.

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad causan más muertes que la insuficiencia ponderal, es decir, es mayor el número de muertes relacionados directa o indirectamente con la obesidad, que por la falta de alimentación.

El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad causan más muertes que la insuficiencia ponderal. Entre esos países se incluyen todos los países desarrollados, cuyos ingresos son altos y medianos.

El 44% de los casos mundiales de diabetes, el 23% de cardiopatía isquémica y el 7–41% de determinados cánceres son relacionados con la presencia de sobrepeso y la obesidad.

Los datos son alarmantes, y sobre los cuales, se debe actuar de forma precoz para un empeoramiento de la calidad de vida de futuro de la población.

PRINCIPALES PROBLEMAS DERIVADOS DE LA OBESIDAD/SOBREPESO

Los principales motivos para el desarrollo de la obesidad/sobrepeso son los siguientes:

- Glucosa alta en la sangre y/o desarrollo de diabetes.
- HTA.
- Hipercolesterolemia y dislipemias.
- ACV, Insuficiencia Cardiaca y cardiopatología coronarias.
- Problemas óseos y articulares. Aumento de osteoartritis.
- Apneas del sueño.
- Cálculos biliares.
- Problemas hepáticos.
- Desarrollo de algunos tipos de cáncer (páncreas, tiroides, colorectal, etc)

BIBLIOGRAFÍA

•1. La F. Situación y problemática nutricional en España y su relación con la salud.

•2. Gracia Arnaiz M. La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. Gac Med Mex. 2010;146(6):389–96.

•3. Colegio de Sonora M, Tuñón Pablos E, Villaseñor Farías M, Álvarez Gordillo G del C, Nigh Nielsen RB. Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. Región y Soc [Internet]. 2013;25(57):165–202. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252013000200006

•4. Marcos MD, Ceruelo EE, Velasco FM, Marcos MD. M. Duelo Marcos. Rev Pediatr. 2009;239–57.

TEMA 36. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL.

ANA MARÍA PARRA CRUZ
BÁRBARA ROJAS SALINERO
TAMARA GIL BLANCO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. FACTORES DE RIESGO
3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CLASIFICACIÓN
4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
5. PREVENCIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol durante el embarazo contribuye a la aparición de un amplio espectro de anormalidades estructurales, de comportamiento y neuro-psiquiátricas para el desarrollo humano, que tendrán lugar en el niño, adolescente y el adulto. Todo esto de depende de la dosis de alcohol ingerida, la etapa del embarazo en la que se encuentre y la susceptibilidad o vulnerabilidad el feto y la madre.(1)

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) es el término utilizado para agrupar un gran número de anomalías físicas, mentales, conductuales y cognitivas que un individuo puede presentar cuando ha sido expuesto al alcohol durante su desarrollo prenatal.

Es más común conocerlo como Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). Sus características se pueden dividir en:

- *Malformaciones morfológicas (defectos cráneo-faciales).*
- *Retraso en el crecimiento.*
- *Alteraciones del SNC: cognitivas, conductuales, de socialización y de aprendizaje*.(2)

2. FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo más significativos para la aparición del SAF son:

1.Factores de la salud materna peri gestacional: Edad materna, tener tres o más hijos anteriores que lo padezcan, consumo al mismo tiempo de otras drogas de abuso, morbilidad prematura previa por causas relacionadas con el etanol...etc.

2.Factores del nivel socioeconómico: Bajo nivel socioeconómico y cultural, bajo acceso a servicios de salud y control de la salud materna.

3.Patrón de ingesta alcohólica: Edad temprana de inicio en el consumo de etanol (a menor edad, mayor riesgo de SAF), patrón de ingesta de etanol que presentó la embarazada durante el embarazo (agudo o crónico), la consecución de las alcoholemias altas o sostenidas y la ausencia de la ingesta alcohólica durante la gestación. (3)

2. FACTORES DE RIESGO

4.Perfil psicológico materno: Baja autoestima, depresión, enfermedades psiquiátricas, trastornos de la personalidad preexistentes.

5.Factores socio-familiares: Abuso de alcohol en la familia, abuso de alcohol de la pareja de la embarazada, relativa tolerancia al gran consumo de alcohol en el grupo social de pertenencia, inestabilidad en la pareja.(3)

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CLASIFICACIÓN

Las características anatómicas que definen este síndrome son:

1. Deficiencia en el crecimiento prenatal y/o postnatal:

-Peso y/o talla por debajo del percentil 10 correspondiente a la edad gestacional.

2.Desórdenes en el SNC:

-Anormalidades neurológicas.

-Retraso en el desarrollo psicomotor.

-Daño intelectual.

-Anormalidades en las estructuras cerebrales.

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CLASIFICACIÓN

3.Patrón distintivo de anomalías faciales:

-Microcefalia

-Fisuras palpebrales cortas (ojos rasgados).

-Labio superior aplanado y delgado.

-Aplanamiento facial en el tercio medio.

-Ausencia del filtrum nasal y /o escaso desarrollo del surconasogeniano.(4)

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CLASIFICACIÓN

Se estableció a través de un estudio diferentes tipos de SAF, ya que a la hora de realizar el diagnóstico no todos presentaban las mismas características ni las mismas causas de aparición:

-SAF con o sin consumo materno de alcohol confirmado: *Presencia de anomalías faciales, retraso de crecimiento y evidencia de daño cerebral en un recién nacido o un niño con o sin exposición prenatal al alcohol confirmada (por declaración de la madre o por análisis de laboratorio).*

- SAF parcial, con consumo parcial de alcohol confirmado: *No se cumplen todos los criterios de SAF. Normalmente falta el retraso de crecimiento*. (2,4)

3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CLASIFICACIÓN

- Defectos congénitos relacionados con el alcohol(ARBD): *Presencia de anomalías físicas y otras malformaciones orgánicas relacionadas con el alcohol (ejemplo: defectos cardíacos,malformaciones renales, problemas oculares, trastornos musculo-esqueléticos, etc). Requiere de la confirmación de exposición prenatal al alcohol (por declaración de la madre o por análisis de laboratorio).*

- Trastorno del desarrollo relacionado con el alcohol (ARND): *Clínica neurológica y neuropsicológica sugestiva de exposición prenatal al alcohol. No hay presencia de anomalías físicas ni retraso en el crecimiento. Requiere de la confirmación de exposición prenatal al alcohol (por declaración de la madre o por análisis de laboratorio).(2,4)*

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Una tríada de elementos que constituyen el grupo de manifestaciones del síndrome, forman la clave para el diagnóstico del SAF:

- Retraso en el crecimiento intrauterino y extrauterino.
- Disformismo facial característico.
- Anomalías formofuncionales del neurodesarrollo del SNC.(3)

5. PREVENCIÓN

El SAF trata de un problema altamente prevenible que es necesario tratar con más información en los lugares donde la prevalencia sea alta. Por ello, hay que promover los estudios de investigación sobre el tema con la finalidad de lograr un mayor compromiso de los profesionales de salud.

Estos últimos, que se encargan de tratar a las mujeres en edad fértil, serán los encargados de informar sobre los efectos tan negativos que provoca el alcohol en el feto si se consume durante en embarazo, y sobre todo en la etapa de desarrollo embrionario que es cuando más susceptible de alteraciones es este.

Por tanto, la mejor prevención/recomendación a embarazadas o mujeres en edad fértil es la abstinencia de alcohol durante cualquier etapa del embarazo.(4)

6. BIBLIOGRAFÍA

1. A. González-M., R. Reynoso-R. Acta Pediatr. Méx. 2011; 32 (3): 180-182. Guía para el diagnóstico de trastornos asociados a la exposición prenatal al alcohol. Trastornos del feto alcoholizado (FASD). Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2011/apm113i.pdf

2. Asociación de familias de hijos e hijas con TEAF. SAF – GROUP. Ultima actualización: Noviembre 2018. Disponible en: https://www.safgroup.org/sd-alcohol-fetal

3. S. Gustavo Evard. Arch. Argent. Pediat. 2010; 108 (1): 61-67. Actualización. Criterios diagnósticos del síndrome fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n1/v108n1a11.pdf

4. F. Cancino T., J.Zegarra G. Revista de Neuro – Psiquiatría 2003; 66: 302-312. Síndorme Alcohólico fetal. Disponible en: http://200.62.146.19/BVRevistas/Neuro_psiquiatria/v66_n4/Pdf/a05.pdf

TEMA 37. SEDENTARISMO EN LA INFANCIA.

MARTA ATIENZA CORREAS
ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA
MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ

ÍNDICE

- **Introducción 3**
- **Objetivos 5**
- **Recomendaciones de la OMS 6**
- **Recomendaciones SNS 7**
- **Conclusión 9**
- **Bibliografía 10**

INTRODUCCIÓN

La alta prevalencia del estilo de vida sedentario en la población general, en la población infantil y juvenil en particular, lo ha convertido en un problema importante de salud pública[1]. Según la Encuesta Nacional de Salud de España (2011-2012) el 12,1% de la población infantil de 5 a 14 años se declara sedentaria [2].

El sedentarismo recogería todas aquellas actividades que requieren un gasto bajo de energía, inferior a 1,5 mets (tasa de consumo de energía en estado de reposo), entre ellas, tiene especial importancia, por el incremento en la infancia en los últimos años, el tiempo de pantalla, entendido como el tiempo que pasamos frente a la televisión, ordenadores, tablets, consolas,etc[3].

La Asociación Americana de Pediatría recomendó que los más jóvenes no deberían pasar mas de dos horas delante de las pantallas. En el estudio científico ANIBES se demostró que un alto porcentaje (48,4%) de los niños y jóvenes españoles no cumplían estas recomendaciones[4].

La actividad física adecuada ayuda a los jóvenes a desarrollar un aparato locomotor y un sistema cardiovascular saludable, mantener un peso ideal, controlar la ansiedad y la depresión, y puede contribuir al desarrollo social de los jóvenes, dándoles la oportunidad de expresarse y fomentando la autoconfianza, la interacción social y la integración[5].

Por otro lado el sedentarismo en múltiples estudios se ha relacionado con riesgos metabólicos, aumento presión sistólica y diastólica, elevación de la glucemia en ayunas, resistencia a la insulina, obesidad, peor salud mental y problemas sociales[2,6].

OBJETIVOS

- Mostrar las consecuencias que tiene el estilo de vida sedentario en la infancia.
- Proporcionar una educación para la salud adecuada a los padres para que conozcan los afectos adversos que puede tener el tiempo de pantalla y demás actividades sedentarias, así como, los efectos beneficiosos que tiene una actividad física adecuada.
- Conocer las principales recomendaciones de actividad física en la infancia.

RECOMENDACIONES OMS

La OMS, aconseja los siguientes niveles de actividad física para todos los jóvenes sanos de 5-17 años:

- Invertir como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa.
- La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud.
- La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

Un 55,4 % de los niños y adolescentes españoles de entre 9 y 17 años no cumple estas recomendaciones[3,5].

RECOMENDACIONES SNS

El SNS ante la evidencia de los beneficios que conlleva una vida activa y una reducción del sedentarismo y el tiempo de pantalla, elaboró un documento para dar a conocer a la población y a lo profesionales de los sistemas sanitario, educativo y deportivo, las recomendaciones, consensuadas y basadas en la evidencia científica, sobre actividad física, sedentarismo y tiempo de pantalla para cada grupo de edad.

Niños menores de 5 años

Niños que aun no andan. Promover que realicen actividad física varias veces al día mediante juegos en el suelo o actividades supervisadas en el agua. Reducir los periodos que pasan sentados o sujetos en sillas, carritos… a menos de 1h al día. Evitar que pasen tiempo delante de las pantallas

Niños que andan. Físicamente activos al menos 180 minutos al día, distribuidos a lo largo del día, incluyendo todo tipo de actividad física tanto dentro como fuera de casa y de cualquier grado de intensidad. No dedicar más de un hora seguida a ver la televisión, jugar con el móvil, ordenador…

Niños de 5-17 años:

Realizar al menos 60 minutos al día de actividad física moderada (caminar a paso ligero, ir en bicicleta…) a vigorosa (correr, nadar…).Este tiempo se puede distribuir a lo largo de día. Actividades de intensidad vigorosa y de fortalecimiento muscular y de mejora de la masa ósea que incluyan grandes grupos musculares, al menos 3 días a la semana. Limitar el tiempo de pantalla a máximo 2 horas al día. Fomentar el transporte activo (a pie o en bici) y las actividades al aire libre[3].

CONCLUSIÓN

Dado que es en la infancia donde se conforman los hábitos de vida y que el sedentarismo en esta etapa se esta convirtiendo en un problema cada vez más prevalente, es prioritario que como enfermeros realicemos una educación para la salud adecuada, enseñando a los padres los riesgos del sedentarismo, haciendo hincapié en la reducción del tiempo de pantalla e impulsando las recomendaciones de actividad física.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blair SN. Physical inactivity: the biggest publichealth problem of the 21st century. *Br J Sports Med*.2009; 43:1-2.

2. Soler-Lanagrán, A.; Castañeda-Vázquez, C. Estilo de vida sedentario y consecuencias en la salud de los niños. Una revisión sobre el estado de la cuestión. *Journal of Sport and Health Research.*2017;9(2):187-198.

3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS*.MSSSI. http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf (último acceso 16 febrero 2019)

4. Fundación Española de la Nutrición. *Sedentarismo en niños y adolescentes españoles: resultados del estudio científico ANIBES.*FEN. http://www.fen.org.es/anibes/es/sedentarismo_ninos_adolescentes (último acceso 16 febrero 2019)

5. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.* OMS. https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/ (último acceso 17 febrero 2019)

6. Rodriguez-Hernandez Arturo, De la Cruz Sánchez Ernesto, Feu Sebastian, Martinez-Santos Raúl. Sedentarimo, obesidad y salud mental en la población española de 4 a 15 años de edad. *Revista Española de Salud Pública.2011*; 85 (4):373-382.

TEMA 38. RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA:

VERTEBROPLASTIA Y CIFOPLASTIA

JOANA NIETO CARBAJOSA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. PROCEDIMIENTO
3. CIFOPLASTIA
4. COMPLICACIONES
5. BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La vertebroplastia percutánea se utiliza en el tratamiento de pacientes con dolor e inestabilidad de la columna vertebral, secundaria a osteoporosis, metástasis vertebrales, fracturas por compresión o angiomas vertebrales.

Se inyecta de forma percutánea un cemento acrílico en el cuerpo vertebral, bajo control fluoroscópico, para estabilizar la columna y aliviar el dolor a largo plazo.

PROCEDIMIENTO

La vertebroplastia se realiza bajo sedación y anestesia local con el paciente en decúbito prono. Con el arco en C se localiza la vertebra afectada y se realiza una incisión por encima del pedículo, se perfora el hueso y se verifica la profundidad del punzón con proyecciones PA y L; una vez dentro de la vertebra se introduce el metilmetacrilato, momento en el que se toman imágenes de flouroscopia para verificar que no existan fugas del cemento.

El metilmetacrilato puede ir acompañado de contraste para mejorar la visibilidad en el monitor. El cemento fragua con rapidez estabilizando las vértebras fracturadas.

CIFOPLASTIA

La cifoplastia es una modificación del procedimiento de vertebroplastia, la diferencia radica en que en la cifoplastia se hacen unas pequeñas incisiones para colocar un balón en el interior del cuerpo vertebral colapsado. Posteriormente el balón se insufla para restaurar la parte colapsada de la vértebra y después se inyecta el cemento.

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones de la vertebroplastia se encuentra la fuga del cemento a estructuras adyacentes, que puede requerir cirugía urgente. Una complicación menos habitual es la embolia pulmonar, debida a la migración del cemento a las venas perivertebrales.

La cifoplastia presenta menos complicaciones que la vertebroplastia, puesto que se precisa menos cantidad de cemento y se inyecta de una forma más controloda. Pero es un procedimiento más caro, con resultados muy parecidos a la vertebroplastia, motivo por el que se suele emplear esta segunda.

BIBLIOGRAFÍA

- López F, González A. Percutaneous vertebroplasty. Archivos de Neurociencias (México, D.F.). 2004; 9(3): 175-186
- Muntané A, Rodríguez D, Mayoral V, Mora P, Aja L, Aixut S. CT-guided Kyphoplasty: A technical option in the treatment of pathological vertebral fractures. Revista Chilena de Radiología. 2013; 19(4):150-155
- Calvo L, Martínez E, Eloína B. Vertebroplastia en procesos destructivos vertebrales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2013; 18(3):206-211
- Sifuentes W, Lamúa J, Gallego J, Vázquez M. Cement pulmonary embolism after vertebroplasty. Reumatología Clínica. 2013; 9(4):239-242

TEMA 39. ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE.

ANTONIO MONTAGUT SANCHEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **CAUSAS**
- **SINTOMAS**
- **DIAGNOSTICO**

INTRODUCCION

La anemia es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Los glóbulos rojos proporcionan el oxígeno a los tejidos del cuerpo.

La anemia hemolítica autoinmunitaria constituye un grupo poco frecuente de trastornos que pueden presentarse a cualquier edad. Afectan a las mujeres con mayor frecuencia que a los hombres. Aproximadamente en la mitad de los casos, no puede determinarse la causa de la anemia hemolítica autoinmunitaria (anemia hemolítica autoinmunitaria idiopática). La anemia hemolítica autoinmunitaria también puede derivarse de otro trastorno, como el lupus eritematoso sistémico (lupus) o un linfoma, y puede ser consecuencia del uso de ciertos fármacos, como la penicilina.

La destrucción de glóbulos rojos (eritrocitos) por autoanticuerpos puede ocurrir de repente o bien desarrollarse gradualmente. Si ha sido provocada por un virus, la destrucción puede detenerse transcurrido un tiempo. En otras, la destrucción de glóbulos rojos persiste y se convierte en crónica. Existen dos tipos principales de anemias hemolíticas autoinmunitarias:

- Anemia hemolítica por anticuerpos calientes: los autoanticuerpos se adhieren a los glóbulos rojos y los destruyen a la temperatura normal del organismo.

- Anemia hemolítica por anticuerpos fríos (enfermedad de las aglutininas frías): los autoanticuerpos se vuelven más activos y atacan los glóbulos rojos cuando la temperatura del organismo es bastante inferior a la normal.

CAUSAS

La médula ósea es mayormente responsable de producir nuevos glóbulos rojos. La médula ósea es el tejido blando en el centro de los huesos que ayuda a formar todas las células sanguíneas. La anemia hemolítica se presenta cuando la médula ósea no está produciendo suficientes glóbulos rojos para reemplazar a los que se están destruyendo. Hay muchas causas posibles de la anemia hemolítica. Los glóbulos rojos pueden ser destruidos debido a:

- Un problema autoinmunitario en el cual el sistema inmunitario equivocadamente ve a sus propios glóbulos rojos como sustancias extrañas y las destruye.
- Anomalías genéticas .
- Exposición a ciertos químicos, fármacos y toxinas.
- Infecciones.
- Coágulos de sangre en pequeños vasos sanguíneos.

SINTOMAS

Algunas personas con anemia hemolítica autoinmunitaria pueden no presentar síntomas, en especial si la destrucción de glóbulos rojos es leve y se desarrolla gradualmente. Otras presentan síntomas similares a los de otros tipos de anemia (como fatiga, debilidad y palidez), sobre todo cuando la destrucción es más rápida o grave.

Los síntomas de destrucción grave o rápida de los glóbulos rojos pueden incluir ictericia (coloración amarilla de la piel y del blanco de los ojos), fiebre, dolor torácico, desmayos, insuficiencia cardíaca e incluso la muerte. Cuando la destrucción de los glóbulos rojos persiste durante unos meses o más tiempo, el bazo se agranda y produce la sensación de estar lleno o ahíto y, en algunos casos, malestar.

DIAGNOSTICO

Un análisis llamado hemograma o conteo sanguíneo completo (CSC) puede ayudar a diagnosticar la anemia y ofrecer algunas sugerencias para el tipo y la causa del problema. Partes importantes del CSC incluyen conteo de glóbulos rojos (CGR), hemoglobina y hematocrito (HCT). Conteo de reticulocitos absoluto. Prueba de Coombs, directa e indirecta. Examen de Donath-Landsteiner. Crioaglutininas. Hemoglobina libre en el suero o la orina. Hemosiderina en la orina. Conteo de plaquetas. Electroforesis de proteínas en suero. Piruvato cinasa. Niveles de haptoglobulina sérica. Deshidrogenasa láctica en suero. Nivel de carboxihemoglobina

BIBLIOGRAFÍA

- Brodsky RA. Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria. In: Hoffman R, Benz EJ, Silberstein LE, et al, eds. Hematology: Basic Principles and Practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 31.
- Manual MSD.
- Gallagher PG. Hemolytic anemias: Red blood cell membrane and metabolic defects. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 161.
- Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Hematopoietic and lymphoid systems. In: Kumar V, Abbas AK, Aster JC, eds. Robbins Basic Pathology. 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 12.

TEMA 40. MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN DE LECHE MATERNA EXTRAÍDA.

LAURA ALONSO FERNÁNDEZ
ARASHELLY HUAMANTICA OROZ
CAROLINA MÉNDEZ MECA

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN (I).
- INTRODUCCIÓN (II).
- ADMINISTRACIÓN CON BIBERÓN (I)
- ADMINISTRACIÓN CON BIBERÓN (II).
- ADMINISTRACIÓN CON CUCHARITA.
- ADMINISTRACIÓN CON RECIPIENTE-CUCHARA.
- ADMINISTRACIÓN CON TAZA O VASO.
- ADMINISTRACIÓN CON DEDO-JERINGUILLA (I).
- ADMINISTRACIÓN CON DEDO-JERINGUILLA (II).
- ADMINISTRACIÓN CON RELACTADOR (I).
- ADMINISTRACIÓN CON RELACTADOR (II).
- RECOMENDACIONES GENERALES.
- BIBLIOGRAFÍA.

ADMINISTRACIÓN CON CUCHARITA

- **Técnica:** La madre se extrae manualmente el calostro y lo deposita (preferiblemente de forma directa) en una cucharita. Después se lo da al bebé colocando la cuchara sobre el labio inferior para que el recién nacido pueda lamer el calostro.

- **Ventajas:** Es un método fácil, barato y que está disponible en cualquier medio. Muy adecuado para los primeros cuatro días y en bebés muy adormilados que les cuesta mamar.

- **Inconvenientes:** Es un método lento. Algunas personas pueden rechazarlo por no estar familiarizadas. No es útil con grandes cantidades de leche. No estimula la succión (es un método pasivo).

INTRODUCCIÓN (I)

- Existen diversas causas que hacen necesaria la administración de leche materna extraída. Entre ellas se encuentran:
- Separación madre-hijo/a.
- Cuando la madre no está disponible.
- Incapacidad del bebé para succionar o succión inadecuada.
- Niño muy dormido, con poco interés en mamar o que rechaza el pecho.
- Relactación (reestablecimiento de la producción de leche tras un destete prematuro o tras la introducción de otros suplementos que han disminuido la producción).
- Inducción de la lactancia (inducir la lactancia en casos en los que no se había establecido, por ejemplo en casos de adopción).

INTRODUCCIÓN (II)

- Para administrar leche materna existen diferentes opciones, la elección de una u otra debe estar basada en las siguientes razones:
- La preferencia de la persona o personas que la administran y del bebé.
- La comodidad, confianza o destreza de la persona que la administra.
- Si se trata de una administración ocasional o prolongada.
- El volumen de leche a administrar.
- La edad del niño.
- Si existen o no problemas de succión.

ADMINISTRACIÓN CON BIBERÓN (I)

- Es el método más conocido, sin embargo es el que más inconvenientes presenta:
- Facilita la contaminación bacteriana.
- Es un factor de riesgo para la sobrealimentación, las infecciones de las vías respiratorias, caries, y malformaciones de la cavidad bucal. Además, si el biberón no es administrado de la forma adecuada puede provocar morbilidad por déficit de atención, estrés, etc.
- Puede causar el síndrome de confusión del pezón que puede conllevar a lesiones del pezón, tomas dolorosas y/o ineficaces, rechazo del pecho.
- Provoca pérdida de confianza en los padres.
- No estimula la succión (es un método pasivo).
- Todos estos problemas pueden conllevar a lactancias más cortas.

ADMINISTRACIÓN CON BIBERÓN (I)

- **Ventajas:** Es un método fácil, rápido y válido para grandes volúmenes.
- **Técnica:** En el caso d que se utilice, debe hacerse aplicando el **método Kassing**. Esta técnica es más fisiológica y tiene el objetivo de que el niño no esté sobrealimentado, ya que él mismo puede regular la cantidad de leche que quiere tomar. Consiste en poner al niño lo más vertical posible y con el biberón en horizontal, para que sea el bebé el que regule el flujo de leche. De forma previa a la toma debe activarse el reflejo de búsqueda. Debe hacerse pausas retirando el biberón, cada 15 ó 20 succiones. Hay que introducir la tetina lo máximo posible dentro de la boca y alternar los lados en cada toma, para fomentar el desarrollo visual por igual.

ADMINISTRACIÓN CON RECIPIENTE-CUCHARA

- **Técnica:** Se trata de un dispositivo similar a un biberón donde se introduce la leche. Incluye una válvula y en lugar de una tetina, tiene un recipiente con el borde contorneado que parece una cuchara.

- **Ventajas:** Se trata de un método de uso sencillo. Al no utilizar tetina se evita el síndrome de confusión del pezón. La capacidad del recipiente permite administrar grandes cantidades, por lo que es una buena alternativa para niños que toman grandes volúmenes. Por su parecido con el biberón, puede ser más aceptado por algunas personas que las cucharas o vasos.

- **Inconvenientes:** No estimula la succión.

ADMINISTRACIÓN CON TAZA O VASO

- **Técnica:** Se coloca al bebé lo más vertical posible, el vaso o taza se coloca sobre su labio inferior evertido y se inclina de forma que la leche lo toque ligeramente. No se debe verter la leche dentro de la boca, sino que se debe dejar que el niño lo vaya introduciendo con la lengua.

- **Ventajas:** Es un método de bajo coste y fácil disposición, válido tanto para prematuros como para recién nacidos a término. Sirve para suplementar volúmenes de leche pequeños y grandes.

- **Inconvenientes:** Requiere cierto adiestramiento para que la leche no se derrame. No estimula la succión (es un método pasivo).

ADMINISTRACIÓN CON DEDO-JERINGUILLA (I)

- Consiste en una jeringuilla de diferentes volúmenes, dependiendo de la cantidad de leche a administrar. Lo ideal es unir a la jeringa un dispositivo finger-feeder, para alargar la cánula de la jeringa.

- **Técnica:** Se introduce un dedo limpio dentro de la boca del recién nacido, haciendo una ligera palanca apoyando el dedo en la zona alveolar superior y desplazando la mandíbula inferior hacia abajo. Cuando el bebé succiona, se administra la leche que fluye a través de la cánula que se encuentra también dentro de la boca.

- Se debe verificar que la posición de los labios y la lengua es la correcta.

ADMINISTRACIÓN CON DEDO-JERINGUILLA (II)

- Habitualmente el niño empezará a ”mamar” del dedo en posición correcta, colocará la lengua debajo del dedo y lo succionará haciendo presión hacia arriba, con los labios evertidos.

- **Ventajas:** Es un método especialmente útil para niños con problemas de agarre o succión ineficaz, para bebés prematuros y para cuando la madre y el recién nacido tienen que estar separados. Estimula la coordinación succión/deglución, reeducando la succión. El bebé relaciona el esfuerzo con la obtención de alimento, al igual que con el pecho. Sirve para administrar diferentes volúmenes de leche. Es una técnica rápida.

- **Inconvenientes:** Se necesitan las dos manos.

ADMINISTRACIÓN CON RELACTADOR (I)

- El relactador es un dispositivo que permite que el bebé reciba suplementos de leche mientras succiona del pecho. Consiste en un contenedor de leche (una bolsa o una botella de plástico) que la madre se cuelga del cuello.
-
- **Técnica:** A través de una válvula, salen dos sondas que se deben fijar al pecho de la madre con esparadrapo y cuyos extremos se colocan en la punta del pezón cuando el bebé va a mamar. Cuando el niño se agarra al pecho y succiona, obtiene la leche del relactador y la leche que proviene directamente del pecho de la madre. A excepción del amamantamiento con gemelos, hay que pinzar la sonda que no se está utilizando para que no se salga la leche.

ADMINISTRACIÓN CON RELACTADOR (II)

- **Ventajas:** Es el método indicado para procesos de relactación y para la inducción de la lactancia, siempre que el bebé no haya perdido el reflejo de succión. También se puede utilizar para “animar” a los recién nacidos que están reacios a succionar ya que la leche fluye más rápido que si únicamente maman. Al permitir hacer dos cosas a la vez (amamantar y suplementar) proporciona un ahorro de tiempo.

- **Inconvenientes:** A veces puede resultar lento y difícil. Hay que lavar el sistema inmediatamente tras su uso, ya que puede secarse la leche dentro y ser difícil de eliminar.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Recomendaciones generales a todos los métodos de administración de leche materna extraída:
- Hacer una elección adecuada del método de administración tras el conocimiento de las diversas opciones, teniendo en cuenta las características particulares.
- Ofrecer la alimentación con contacto físico y cercanía, de la misma forma que se hace cuando se pone al recién nacido al pecho.
- Para todos los métodos se recomienda que el niño esté incorporado, sentado o en posición vertical o semivertical (salvo en la técnica con relactador).
- Generalmente no es necesario esterilizar los recipientes, estos deben lavarse con agua y jabón.

BILBIOGRAFÍA

- Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica. Asociación Española de Pediatría. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
- Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017.
- Suplementar con leche materna extraída u otra [Internet]. Alba Lactancia Materna [Citado 26 de febrero de 2019]. Disponible en http://albalactanciamaterna.org/lactancia/tema-3-manejo-de-la-leche-materna/tema-primero-la-verdadera-lactancia/

TEMA 41. CARGA ANTICOLINÉRGICA DE LOS MEDICAMENTOS Y SU EFECTO SOBRE LA SALUD.

CARLOTA ROMERO MARTÍN
PEDRO PADILLA ROMERO
TERESA LÓPEZ ARTEAGA

ÍNDICE

1. Receptores de acetilcolina: localización y efectos fisiológicos
2. Acción de los fármacos anticolinérgicos en el organismo
3. Fármacos con efectos anticolinérgicos y sus efectos adversos
4. Pacientes más vulnerables a sufrir efectos anticolinérgicos
5. Riesgo para la salud de la carga anticolinérgica.
6. Carga anticolinérgica: Evaluación del riesgo anticolinérgico
7. Recomendaciones para disminuir la carga anticolinérgica

1. Receptores de acetilcolina: localización y efectos fisiológicos

El empleo de fármacos con actividad anticolinérgica es frecuente en la práctica clínica habitual. Se calcula que entre un 20– 50% de las personas de edad avanzada con alguna enfermedad crónica tienen prescrito en su tratamiento algún fármaco con actividad anticolinérgica. El efecto anticolinérgico de los medicamentos se ha asociado fundamentalmente con aumento del riesgo de caídas y deterioro cognitivo. Dada su repercusión clínica negativa se considera necesario mejorar su prescripción para aumentar la seguridad de los pacientes.

La **acetilcolina** es un neurotransmisor que actúa en el organismo actuando sobre dos tipos de receptores.

Receptores nicotínicos: se localiza en la placa motora, células ganglionares simpáticas y parasimpáticas, diversas localizaciones del sistema nervioso central (SNC).

Receptores muscarínicos: M1,M4,M5 (SNC), corazón (M2), músculo liso (M3).

Efectos fisiológicos acetilcolina: contrae la vejiga urinaria, estimula la digestión, disminuye la frecuencia cardíaca, contrae los bronquios, interviene en la postura y movimiento, contrae la pupila, participa en la memoria, función cognitiva y aprendizaje.

2. Acción de los fármacos anticolinérgicos en el organismo

Los fármacos anticolinérgicos tienen actividad parasimpaticolítica, son por tanto antagonistas competitivos de los receptores de acetilcolina (muscarínicos y nicotínicos). Actúan inhibiendo las acciones de la acetilcolina debida a la activación de dichos receptores. Sus efectos farmacológicos son los siguientes:

1. A nivel central: excitación central. A dosis altas pueden llegar a producir parálisis bulbar, insuficiencia respiratoria y coma.
2. A nivel periférico: inhibición de las secreciones, inhibición del tono peristáltico, del tono del uréter, vejiga y conductos biliares, ciclopejía de larga duración, aumento de la frecuencia cardíaca, relajación del músculo liso y bronquial.

3. Fármacos con efectos anticolinérgicos y sus efectos adversos

Mecanismo de acción anticolinérgico

Antiparkinsonianos: biperideno, prociclidina, trihexifenidilo.
Espasmolíticos digestivos: butilescopolamina, romuro de otilonio.
Antiespasmódicos urinarios: oxibutinina, trospio, solifenazina, tolterodina.
Anticolinérgicos inhalados: ipratropio, tiotropio, glicopirronio, aclidinio.

Efecto colateral anticolinérgicos

Antidepresivos tricíclicos: amitriptilina, clomipramina, imipramina, nortriptilina.
Antipsicóticos: clorpromazina, clozapina, olanzapina.
Antihistamínicos de primera generación: dexlorfeniramina, difenhidramina, hidroxizina.

Efectos adversos a nivel periférico y central

Periférico: visión borrosa, sequedad ocular, estreñimiento, retención urinaria.
Central: mareo, sedación, confusión, delirio. Demencia, enfermedad de Alzheimer. El riesgo aumenta con la dosis y duración de tratamiento.

4. Pacientes más vulnerables a sufrir efectos anticolinérgicos

En un estudio realizado en 2017 en una cohorte alemana se estimó que aproximadamente el 50% de la población anciana toma al menos un fármaco anticolinérgico.

Los ancianos tienen más susceptibilidad a sufrir estos efectos debido al mayor riesgo a presentar cambios en la farmacocinética de los fármacos y presentar menor actividad colinérgica basal (con el envejecimiento el cerebro presenta menor actividad colinérgica). Además debido al aumento de comorbilidades en la población anciana se presenta polifarmacia, lo que conlleva a un aumento en los efectos adversos y las interacciones farmacológicas.

5. Riesgo para la salud de la carga anticolinérgica

Se han publicado diversos artículos recientemente que relacionan el riesgo de caídas, el deterioro cognitivo y el empeoramiento de la función cardiovascular con la exposición a una carga anticolinérgica alta. El riesgo de caídas está asociado con un aumento en la hospitalización, institucionalización y muertes en personas mayores. Una limitación en la movilidad puede influir en la capacidad de desarrollar las actividades cotidianas, producir aislamiento social y dependencia. Muchos de los estudios exponen que un aumento en la exposición global a medicamentos anticolinérgicos puede aumentar el riesgo de deterioro cognitivo, funcional y caídas pero muchos de ellos no son concluyentes.

En una revisión sistemática llevada a cabo en 2015 en la que se incluyeron 18 estudios, se investigó la asociación entre la carga anticolinérgica y las caídas. Se evidenció que la exposición a carga anticolinérgica alta se relacionaba con un aumento en el riesgo de caída. Específicamente olanzapina y trazodona doblaba el riesgo de caída mientras que amitriptilina, paroxetina y risperidona no se asociaron con este riesgo. En cuanto a los fármacos anticolinérgicos que tienen más evidencia de producir desarrollo de deterioro cognitivo son: antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos de primera generación y antiespasmódicos urinarios

6. Escalas para la medición de la carga anticolinérgica

Los efectos adversos anticolinérgicos suelen ser resultado del efecto acumulativo de tomar uno o más medicamentos con actividad anticolinérgica o metabolitos con esta actividad. Este efecto acumulativo es denominado carga anticolinérgica. La carga anticolinérgica puede estimarse con la utilización de numerosas escalas, que son listas de medicamentos que clasifican los principios activos según su potencial anticolinérgico. Cada medicamento recibe una puntuación según su actividad. Por tanto, la carga anticolinérgica de un paciente es la suma de la puntuación para cada medicamento y su resultado nos permite estimar el mayor o menor riesgo de sufrir efectos adversos anticolinérgicos. No existe una herramienta estandarizada para emdir el riesgo anticolinérgico.

En un estudio en el que se llevo a cabo una revisión sistemática realizada con el objetivo de identificar todas las escalas utilizadas descritas en la bibliografía que pueden ser aplicables a paciente pluripatológico y analizar los resultados clínicos obtenidos a partir de ella. Se concluyó que existía una alta variabilidad en la metodología utilizada en su diseño y desarrollo, medicamentos incluidos y puntuación otorgada a cada principio activo. Debido a esta variabilidad puede haber diferencias en los resultados en un mismo paciente si se emplea una escala u otra.

Algunas de las **escalas** para calcular la carga anticolinérgica:

1. Duran 2013
2. Anticholinergic Cognitive Burden Scale (ACB)
3. Anticholinergic Burden Classification (ABC)
4. Drug Burden Index (DBI)

Ventajas e inconvenientes del uso de estas escalas

- Ventajas: se trata de una forma rápida de cuantificar la carga anticolinérgica.
- Inconvenientes: los criterios de inclusión son subjetivos y los fármacos incluidos diferentes. No se consideran además factores fisiológicos y farmacológicos que modifiquen la respuesta.

- Debido a que existen discrepancias sobre la calidad de las escala, ya que la carga anticolinérgica estimada es distinta aplicando una escala u otra, la asociación de las escalas con el deterioro cognitivo y funcional debería ser interpretado con precaución.

7. Recomendaciones para disminuir la carga anticolinérgica

- Retirar progresivamente siempre que sea posible (monitorizar) o emplear una alternativa no farmacológica
- Sustituir por un fármaco sin actividad anticolinérgica que disminuya la carga total
- Disminuir la dosis de fármacos con alta puntuación empleando la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Salahudeen et al. Anticholinergic burden quantified by anticholinergic risk scales and adverse outcomes in older people: a systematic review. BMC Geriatrics (2015) 15:31 DOI 10.1186/s12877-015-0029-9

- Pfistermeister B et al. Anticholinergic burden and cognitive function in a large German cohort of hospitalized geriatric patients PLoS ONE 12(2): e0171353. doi:10.1371/journal. pone.0171353

- Ruxton K, Woodman RJ, Mangoni A.. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. Br J Clin Pharmacol. 2015 Aug; 80(2): 209-220.

BIBLIOGRAFÍA

- Villalba AM, Alfaro ER, Pérez MC, Nieto MD, Santos B. Systematic review on the use of anticholinergic scales in poly pathological patients. Archives of Gerontology and Geriatrics 62 (2016) 1–8.

- Villalba AM, Alfaro ER, Santos B. Anticholinergic risk: Use and limitations of anticholinergic scales. European Journal of Internal Medicine 26 (2015) e65–e66

- De la Calle Riaguas B, Pérez Margallo ME, Romero Martín C, García Esteban B. Carga anticolinérgica: Aspectos a considerar. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha. Vol. XIX, Nº5. Año 2018.

TEMA 42. DIAGNÓSTICO DE LA MUERTE ENCEFÁLICA.

FRANCISCO BERDIAL CORNELLANA

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
    2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA
    2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:VALORACIÓN RESPIRATORIA
3. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La muerte encefálica es el cese irreversible de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto del troncoencéfalo como de los hemisferios cerebrales.

Las principales patologías que provocan muerte encefálica son:

- Traumatismos craneoencefálicos.
-
- Accidentes cerebrovasculares.
-
- Encefalopatía anóxica.

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios neurológicos para diagnosticar la muerte cerebral y que deben cumplirse en todos los casos son:

- Evidencia clínica o por neuroimagen de la lesión o lesiones destructivas del sistema nervioso central.

- **Precondiciones de la exploración neurológica:** deben conocerse las causas del coma, descartando condicionantes que pudieran alterar la exploración neurológica. El paciente que va a exponerse a la exploración tiene que cumplir una serie de condiciones.

2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Precondiciones de la exploración neurológica:

- Estabilidad hemodinámica.
- Adecuadas oxigenación y ventilación.
- Temperatura corporal superior a 32º C.
- Ausencia de alteraciones metabólicas.
- Ausencia de sustancias o fármacos depresores del SNC.
- Ausencia de bloqueantes neuromusculares.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

La exploración clínica neurológica debe realizarse de manera sistemática, completa y con gran rigor. El paciente debe estar en coma profundo, arreactivo y con hipotonía generalizada.

Exploración al dolor: no debe existir ningún tipo de respuesta motora.

Exploración de los reflejos trocoencefálicos: exploran la actividad de los pares craneales y su integración en los núcleos correspondientes del troncoencéfalo.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo fotomotor: estimulado con un foco de luz potente, observándose en condiciones normales la aparición de contracción pupilar. En la muerte encefálica las pupilas pueden ser redondas, ovales o discóricas y de tamaño medio o midriáticas, permaneciendo siempre arreactivas a la luz. Sin respuesta al estímulo luminoso. El tamaño pupilar más frecuente es de 4 a 6 mm, pero también pueden observarse pupilas midriáticas, puesto que las conexiones entre el músculo dilatador de la pupila y las vías simpáticas cervicales permanecen intactas.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo fotomotor: puede alterarse por traumatismos oculares, cirugía previa y por la utilización de colirios que contengan agentes anticolinérgicos. También puede influir la administración de atropina por vía intravenosa, por lo que este reflejo se explorará siempre antes de realizar el test de atropina.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo Corneal: se realiza estimulación corneal con una gasa o torunda de algodón, observándose en condiciones normales una contracción palpebral, pudiéndose objetivarse también lagrimeo. En situación de muerte encefálica no existe ningún tipo de respuesta. La presencia de edema corneal o la utilización de relajantes musculares pueden alterar o suprimir el reflejo corneal.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo oculocefálico: también denominado reflejo propioceptivo de torsión cefálica o fenómeno de “ojos de muñeca”. Manteniendo abiertos los ojos del paciente, se realizan giros rápidos de la cabeza en sentido horizontal, observándose en condiciones normales una desviación ocular conjugada opuesta al lado del movimiento, volviendo los ojos posteriormente a su posición de reposo. También puede explorarse provocando movimientos de la cabeza en sentido vertical, cuando el cuello es flexionado se produce una desviación de los ojos hacia arriba. Cuando el paciente presenta muerte encefálica, la mirada permanece centrada y fija sin observarse ningún tipo de movimiento ocular.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo oculovestibular: antes de realizar esta estimulación, se debe hacer una exploración mediante otoscopio para comprobar que no existen tapones de cerumen ni perforación timpánica. Se coloca la cabeza elevada a 30º, de manera que el conducto semicircular lateral se encuentre vertical y la estimulación pueda provocar una respuesta máxima. Se inyecta en el conducto auditivo externo a través de una sonda 50cc de suero frío, manteniendo abiertos los ojos del paciente durante un minuto y observándose en condiciones normales un nistagmo con el componente lento hacia el oído irrigado y el componente rápido alejado del conducto irrigado.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo oculovestibular: El nistagmo es regular, rítmico y dura menos de 2-3 minutos, existiendo poca desviación del ojo fuera de la línea media. Conviene esperar unos cinco minutos antes de realizar el reflejo en el lado contralateral, para permitir que el sistema oculovestibular se estabilice. En la muerte encefálica no existe ningún tipo de movimiento ocular. Algunos fármacos como los aminoglucósidos, antidepresivos tricíclicos, sedantes o drogas antiepilépticas pueden disminuir o abolir el reflejo oculovestibular.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Reflejo nauseoso: utilizando una sonda se realiza estimulación del velo del paladar blando, úvula y orofaringe, observándose en condiciones normales la aparición de náuseas. En muerte encefálica no existe ningún tipo de respuesta.

Reflejo tusígeno: se introduce una sonda a través del tubo endotraqueal, provocando una estimulación de la tráquea, observándose en condiciones normales la aparición de tos. El paciente con muerte encefálica no presenta ningún tipo de respuesta.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Test de atropina: explora la actividad del X par craneal y de sus núcleos trocoencefálicos. El test consiste en la administración de 0,04 mg/Kg de sulfato de atropina por vía intravenosa, comprobándose la frecuencia cardíaca antes y después de la inyección de atropina. Cuando existe muerte encefálica, la frecuencia cardiaca no supera el 10% de la frecuencia cardíaca basal. Se debe evitar la administración de atropina por la misma vía venosa donde se estén administrando drogas vasoactivas, debido a que podrían producir taquicardia y artefactar los resultados.

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: EXPLORACIÓN CLÍNICA NEUROLÓGICA

EXPLORACIÓN DE REFLEJOS TRONCOENCEFÁLICOS

Test de atropina: El incremento brusco de la frecuencia cardiaca, puede ocasionar incrementos peligrosos de la presión intracraneal en pacientes que no están en muerte encefálica, por lo que se realizará una vez explorados todos los anteriores reflejos trocoencefálicos y las respuestas motoras al estimulo algésico.

2.2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS: VALORACIÓN RESPIRATORIA

Test de apnea: debe ser realizado al final de toda la exploración. Su finalidad es demostrar la ausencia de respiraciones espontáneas.

3. BIBLIOGRAFÍA

- Rady MY, Verheijde JL. Sensory Input and motor responses after brain death diagnosis. J Intensive Care Med. 2017; 32(2): 174.

- Escudero D, Valentín MO, Escalante JL, Sanmartín A, Perez-Basterrechea M, de Gea J, et al. Intensive care practises in brain death diagnosis and organ donation. Anaesthesia. 2015; 70(10): 1130-1139.

- Orban JC, Ferret E, Jambou P, Ichai C. Confirmation of brain death diagnosis: A stydi on French practice. Anaesth Crit Care Pain Med. 2015; 34(3): 145-150.

TEMA 43. RECONOCIMIENTO SOCIAL DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA EN EL SIGLO XXI.

MARÍA TERESA INZA URREA

MARINA MOYANO MUNERA

ARÁNZAZU SEVILLA LARA

SANDRA MOLINA SÁNCHEZ

ÍNDICE

- RESUMEN Y PALABRAS CLAVE……Diap. 3
- ABSTRACT AND KEY WORDS……..Diap. 5
- INTRODUCCIÓN……Diap. 6
- OBJETIVO……Diap. 21
- MATERIAL Y MÉTODO…… Diap. 22
  - Criterios de inclusión……..Diap. 25
  - Criterios de exclusión……Diap. 26
  - Clasificación de los estudios……Diap. 27
- RESULTADOS Y DISCUSIÓN……..Diap. 30
  - Opinión del usuario acerca de la Enfermería……Diap. 31
  - Punto de vista de los profesionales enfermeros..Diap 38
  - Nuevas competencias para Enfermería……Diap.53
  - Sesgos y limitaciones……Diap. 57
  - Implicaciones para la práctica sanitaria y enfermera……Diap. 59
- CONCLUSIÓN……Diap. 61
- BIBLIOGRAFÍA……Diap. 63

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Debido a sus antecedentes históricos, la enfermería en la España contemporánea todavía no encuentra una identidad común. Los valores tradicionales asociados a la práctica enfermera y la percepción de infravaloración del colectivo, provocan una autoimagen profesional distorsionada. Este estudio pretende caracterizar la imagen de la enfermería española en la actualidad, a través de una revisión sistemática de la literatura relativa al reconocimiento social de la enfermería, publicada entre 2002 y 2013.

Los resultados ponen de manifiesto una dicotomía entre la imagen social que las enfermeras reflejan a los usuarios, y la autoimagen percibida de los profesionales de la enfermería, de modo que este estudio concluye que la enfermera española del sXXI se caracteriza por ser una profesional valorada por los destinatarios de sus cuidados, pero a la vez anhelante de una identidad profesional nítida y reconocida por la sociedad en general.

- **Palabras clave**: Reconocimiento social. Enfermería. Percepción social. España.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Due to its historical background, nursing in contemporary Spain has not found a common identity yet. Traditional values associated with the practice nurse and perceived undervaluation of the group is causing a distorted professional self-image. This study aims to characterize the image of Spanish nursing now, through a systematic review of the literature related to nursing social recognition published between 2002 and 2013. The results reveal a dichotomy between the social image that nurses reflects on the users and perceived self-image of nurses, so this study concludes that the XXI century Spanish nurse is characterized by being a valued professional for the recipients of their care, yearning for a distinctive professional identity and recognized by general society.

- ***Key words:*** *Nursing recognition. Nursing. Social perception. Spain.*

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, los servicios de enfermería han sido considerados como un suplemento de la profesión médica, y el término “enfermera” evoca el peldaño más bajo de la escala de las profesiones sanitarias[1]. El devenir histórico de la profesión de enfermería, y en concreto la enfermería española, está marcado por los acontecimientos sociales acaecidos en la época en la que la enfermería comienza a forjarse como una salida profesional reconocida.

Según Miró Bonet[1], a principios del siglo XX, los títulos que se otorgaban en España a las personas que se dedicaban a la práctica de los cuidados de forma profesional eran tres:

Practicante: en su mayoría desarrollada por hombres, esta vertiente de la profesión se ocupaba de la realización de pequeñas intervenciones de cirugía menor, bajo la orden de un licenciado, así como el desarrollo de labores auxiliares de la medicina – aplicar medicinas y tratamientos prescritos, poner inyecciones o ayudar al cirujano en las intervenciones quirúrgicas-. Llevaban a cabo estas prácticas en el medio extrahospitalario y rural. Era considerada como la más técnica de las tres ramas, y por ello gozaba de gran consideración social. Fue reconocida legalmente en 1904.

Matrona: sus funciones abarcaban la atención de partos no distócicos, y el cuidado de la embarazada, de la puérpera y del neonato, todo ello bajo disposición médica. La totalidad de las matronas eran mujeres, y su ejercicio profesional fue regulado legalmente alrededor de 1888. El desarrollo de la profesión era principalmente domiciliario.

Enfermera: Heredera de la tradicional norma por la que las mujeres se dedicaban al cuidado de la familia, la enfermería fue la cobertura legal para el ejercicio de los cuidados a los enfermos, que venía siendo ejercida tanto por religiosas como por seglares. Por ello, fueron las que más dificultades encontraron para hallar el reconocimiento social de su profesión.

La primera escuela de enfermeras de España se fundó en 1896 – Real Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría-, mas no fue hasta mayo de 1915 cuando se expidió el título oficial de enfermera. La formación para esta profesión estaba destinada exclusivamente a mujeres, y tenía una clara dependencia de la medicina. Entre sus labores, se encontraban proporcionar información al médico, aplicar remedios, estar al cuidado del enfermo, tanto a nivel 6 domiciliario como hospitalario, limpiar, planchar y ejecutar órdenes, bajo los valores morales imperantes en la época.

Años más tarde, con la publicación del Decreto de 4 de diciembre de 1953, se unificaron los estudios de enfermera, matrona y practicante, forjando una única titulación: Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Las bases sobre las que se fundamentaron las enseñanzas de los nuevos ATS fueron la enfermedad, la práctica de cuidados basada en la tecnificación y la subordinación a la medicina. Estos nuevos profesionales asimilaron estos dogmas como verdades inquebrantables, de modo que el desarrollo de las prácticas de enfermería que se han transmitido desde ese entonces tiene mucho que ver con este patrón de pensamiento.

El trabajo de los ATS era plenamente reconocido en el ámbito sanitario, puesto que satisfacía de manera global las demandas de los profesionales médicos, ya que los ATS no objetaban sus órdenes, ni realizaban ningún tipo de intervención sin su autorización expresa1. Sin embargo, es la primera vez en España que un profesional cualificado aportaba sus servicios de manera reconocida a un sistema sanitario moderno, lo cual supuso un avance cualitativo reseñable para el ámbito de la profesionalización de los cuidados[2].

Tras un largo y complicado proceso, la enfermería pasó a formar parte de la oferta de estudios universitarios. La consolidación de esta titulación se dio en 1977, cuando estos estudios comenzaron. De este modo, las Escuelas de ATS pasaron a llamarse Escuelas Universitarias de Enfermería, y la titulación que se concedía era la de Diplomada/o Universitario de Enfermería (DUE). Este paso sirvió para reformar la orientación académica de la enfermería, dando un nuevo enfoque al desarrollo de la profesión. Estas nuevas directrices estaban marcadas por los cuidados al individuo, tanto sano como enfermo, a la familia y a la comunidad, a nivel hospitalario y extrahospitalario.

El abanico de actuación de los nuevos diplomados también se abrió en dirección a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y rehabilitación. Otra novedad fue la inclusión del/a enfermero/a como parte activa del equipo de salud. Ésta es la primera vez en la que aparece la enfermería como la conocemos en la actualidad: una carrera universitaria destinada a formar a nuevos profesionales que desarrollarán las funciones inherentes a la profesión, dejando a un lado la mera asistencia a la medicina para centrarse en sus tareas básicas, como son el cuidado a la persona[1,2].

La evolución que se comenzó a plantear con la entrada de la enfermería a la Universidad, prosigue con la nueva instauración de los estudios de Grado. A través de la Orden Ministerial de 3 de julio de 2008 (Orden CIN /2134/2008), se establecen los *requisitos para la verificación 7de los títulos oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero*. Éstos consisten en una nueva orientación académica, que permita equiparar el plan de estudios de enfermería español con los del resto de Europa .En este nuevo plan se prosigue por la senda marcada por la anterior Diplomatura, formando a los Graduados en Enfermería como profesionales que deben *realizar los cuidados de enfermería basándose en la atención integral de salud, que supone la cooperación multiprofesional, la integración de los procesos y la continuidad asistencial*[3].

En el campo de la práctica asistencial, que es donde las enfermeras reflejan su verdadero perfil a través del desarrollo de su trabajo diario, se presenta la necesidad de construir una imagen social de profesión, en la que se reconozca su verdadera aportación al ámbito sanitario[4,5], puesto que, aunque su labor sea muy reconocida por los usuarios destinatarios de los cuidados[8,9,10,13], su imagen como profesión sigue estando truncada por el rasgo vocacional al que está asociada la actividad de enfermería, constituyendo éste la condición básica de la imagen que proyecta[2].

Otro aspecto que provoca la dicotomía entre imagen objetivable e imagen percibida por las enfermeras es el hecho de que la medicina sea un referente que ocupa la mayoría del espacio visible del sector sanitario, factor que condiciona la autoimagen de la enfermería856[2,5]. La enfermería es una profesión que todavía no encuentra definido su ámbito de actuación y su propia filosofía profesional. El concepto de “reconocimiento”, en una versión u otra, ha jugado siempre un papel esencial dentro de la filosofía práctica.

Según Honneth[4] *en la ética antigua, era predominante la convicción de que sólo podía llevar una vida buena aquella persona cuyo modo de actuar pudiera encontrar estimación social dentro de la pólis; la filosofía moral escocesa se guiaba por la idea de que el reconocimiento o la desaprobación públicos representan el mecanismo social por medio del cual puede estimularse al individuo para alcanzar las virtudes deseables; y en Kant, finalmente, el concepto de respeto (Achtung) asume la función de un principio supremo de la moral, incluso en el sentido de que contiene el núcleo del Imperativo Categórico, de tratar a todo ser humano como un fin en sí mismo*.

La importancia de que la enfermería se vea reconocida a nivel social radica en que la estima social y el reconocimiento de su labor es en un aliciente para las enfermeras, lo cual permitirá el avance por el camino de la buena praxis de los cuidados, y ampliar los esfuerzos de mejora de los sistemas asistenciales.

OBJETIVO

Por todo ello, el objetivo de este estudio es caracterizar la imagen social de la enfermería española, para esclarecer los motivos por los que la enfermería todavía se mueve entre la buena opinión del usuario[8–10,13] y la percepción de infravaloración por parte de los profesionales[2,5,5,6,15,16].

MATERIAL Y MÉTODO

En función del objetivo propuesto, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática de los artículos publicados sobre la imagen social de la enfermería que tratan del período de tiempo comprendido entre 1888 y el mes de abril de 2013, publicados entre los años 2002 y 2013.

La información seleccionada procede de publicaciones científicas editadas en revistas indexadas en bases de datos científicas, así como otros documentos que ayudan a clarificar dicha cuestión. Se utilizaron las bases de datos en línea Dialnet, Medline y SciELO, así como la base de datos de la Universidad Rovira i Virgili y el catálogo de bases de datos de la UCLM.

También se requirió acceder a un artículo de relevancia para el objeto de estudio a través de la denominada "búsqueda en cascada". Para completar algunos aspectos, como son el ámbito legislativo actual en el que se desarrollan las actividades de la enfermería, y las encuestas de opinión al usuario del sistema sanitario, se recurrió a consultas específicas a determinadas páginas de internet:

- Consejo General de Enfermería de España
- Colegio Oficial de Enfermeras de la provincia de Albacete
- Colegio Oficial de Enfermería de Málaga
- Boletín Oficial del Estado
- Portal del Servicio Andaluz de Salud (SAS)
- Portal de usuarios del Servicio Aragonés de Salud (SALUD)
- Portal de Servicios de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

En esta revisión se han incluido aquellos artículos que:

- Tratan sobre la imagen de los profesionales de enfermería desde el punto de vista de distintos colectivos relacionados con éstos.
- Permiten obtener una panorámica de la transcendencia de la situación social de la enfermería.
- Artículos históricos que reconocen la evolución de la profesión de enfermería en España a partir del siglo XX.
- Posibilidad de acceso al texto completo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Documentos que no se encontraban dentro de las bases de datos accesibles a través del catálogo de bases de datos de la Biblioteca de la Universidad de Castilla La Mancha.
- Más allá de la reseña histórica, se han descartado aquellos artículos con más de 10 años de antigüedad.
- Se refieren a países distintos de España.

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

De todos los estudios, se extrajo información clave para poder evaluar la calidad de los mismos, así como para facilitar la comparación entre ellos:

- Título de artículo, autor y año de realización
- Tipo de estudio
- Objetivo del estudio
- Muestra del estudio
- Técnica de recogida de la información
- Resultados principales
- Conclusiones
- Sesgos y limitaciones
- Gradación de los niveles de calidad de la evidencia en función del rigor científico del diseño, empleando para ello la escala propuesta por la Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica[7].

Dentro del abanico de artículos seleccionados, podemos diferenciar tres tipos principalmente:

- Estudios transversales, realizados por organismos sanitarios, cuyas competencias abarcan desde los servicios de salud de tres Comunidades Autónomas españolas diferentes, hasta el Centro del Investigaciones Sociológicas español[8–13].
- Estudios cualitativos a través de grupos de discusión[5,15,16,18].
- Estudios prospectivos[1,2,14].
- Artículos de reflexión[6,17].

El tema que tratan los distintos estudios también es susceptible de ser dividido en diferentes líneas de argumentación:

- Aspectos históricos que han condicionado el desarrollo de la enfermería en España[1,2,5,6].
- Opinión sobre la profesión de enfermería del usuario de los servicios sanitarios[14,15,17,18] , de los profesionales de la salud[15] y de los estudiantes de enfermería[16].
- Percepción de los propios enfermeros sobre su imagen social y sobre el desarrollo de la profesión de enfermería[1,2,5,15,18].
- Normativas legales relacionadas con la enfermería, que clarifican las competencias de un enfermero/a en la actualidad[3,19,20].

DISCUSIÓN

Al final del proceso de revisión de publicaciones, se incluyeron 6 estudios transversales, 2 artículos de opinión, 3 estudios descriptivos y 4 estudios cualitativos, que presentaron diversidad de criterios a la hora de evaluar el reconocimiento social de la enfermería y los factores que interactúan para lograr dicho reconocimiento. El factor de resultado, como se puede apreciar en la correspondiente tabla de evidencia (Anexo. Tabla 2), se presenta bipolarizado.

Por una parte se evidencia que la opinión de los usuarios es muy favorable a la profesión de enfermería, pero, por otro lado, las enfermeras no se ven reconocidas en dichas valoraciones.

OPINIÓN DEL USUARIO ACERCA DE LA ENFERMERÍA:

A partir de los datos facilitados por el Servicio Aragonés de Salud (en adelante SALUD)[8] , el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM)[9] y el Servicio Andaluz de Salud (SAS)[10–12] se observa que la opinión del usuario respecto a los profesionales de enfermería se puede considerar como muy positiva.

- Un 31.2% de usuarios de los centros de Atención Primaria del SALUD opina que el interés del personal de enfermería es *satisfactorio*, mientras que un 56.4% piensa que es *muy satisfactorio*. En el ámbito hospitalario también se observan muy buenos resultados para el área de la enfermería, puesto que más de la mitad de los pacientes ingresados en instalaciones hospitalarias destacan la amabilidad y el interés de la enfermería durante su estancia (52%)[8].

- La enfermería dentro del marco del SESCAM[9] obtiene una nota media superior a 7.34 (sobre un máximo de 10 puntos) en aspectos como el trato al paciente en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria, así como en los cuidados y la atención dedicada por el personal de enfermería. De media, un 93,4% de los encuestados en Atención Primaria opinan que su enfermero es amable, eficaz, atiende sus problemas de salud, transmite confianza y seguridad, y considera que es un profesional preparado. Por su parte, en Atención Hospitalaria los aspectos mejor valorados por los usuarios son la eficacia y resolución del problema de salud por el personal de enfermería (94,8% de los encuestados) y preparación o capacitación para realizar su trabajo (94%). Sin embargo, obtienen peores resultados en cuanto a la información que la enfermera proporcionó al paciente durante su estancia hospitalaria (88,2%).

- La opinión de los usuarios del SAS[10] también es muy positiva respecto a la labor enfermera[10–12]. En ítems como *respeto en el trato en la consulta de enfermería*, *amabilidad*, *eficacia y atención de los problemas de salud*, *escucha por parte del enfermero*, *información recibida*, y *tiempo dedicado*, las enfermeras reciben en todos los casos valoraciones positivas o muy positivas en más de un 92% de los encuestados, superando incluso la valoración que se hace a otros profesionales del Centro de Salud, como son el médico de familia o el pediatra[11].

En lo que al servicio hospitalario se refiere, destacan aspectos como que el 75,2% de los pacientes ha recibido una atención *mejor y/o mucho mejor de lo esperado*, que el 85,7% refieren que la información aportada por los enfermeros se entendió *bien y muy bien*, o que el 90,1% de las personas que fueron dadas de alta *sintieron que tenían toda la información necesaria en lo relativo a los cuidados que debían de seguir.* En cambio el 51% de los encuestados señala que no tuvo un enfermero/a de referencia al que dirigirse durante su estancia[12].

- El Barómetro de marzo del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), concluye que la enfermería y la medicina son las profesiones más valoradas en España, con las calificaciones otorgadas por los usuarios del sistema sanitario de 7,96 y 8,52 (sobre una calificación máxima de 10 puntos) respectivamente. Sin embargo, se encuentra como una de las profesiones que la población menos recomendaría ejercer a sus hijos o amigos, ya que tan solo un 3,8% de los encuestados la recomendaría, en contraste con el 25,5% que sí recomienda la profesión médica[13].

De estos datos se desprende que los profesionales de enfermería están muy bien valorados por los usuarios del sistema sanitario español, y de entre ellos, las que mejores calificaciones obtienen son las enfermeras de Atención Primaria. Sin embargo, estos cuestionarios sólo extraen información de la percepción que los usuarios tienen acerca de las enfermeras, y no de la enfermería; es decir, los usuarios valoran el trabajo de la enfermera, pero a través de estas encuestas no podemos saber si el usuario reconoce qué ámbitos abarca la enfermería, hasta dónde llega el rol de la enfermera, y su diferencia con la medicina.

PUNTO DE VISTA DE LOS PROFESIONALES ENFERMEROS

Miró Bonet[1] analiza en su tesis doctoral cómo el discurso de los ATS se ha ido transformando y transmitiendo en los enfermeros durante la época en la que la práctica de los cuidados en España se limitaba a su parte más técnica, a través de los discursos de profesionales que vivieron la realidad de aquellos tiempos1. Desde la época en la que los ATS desarrollaban la administración de cuidados a los pacientes (1953-1977), se han ido transmitiendo valores y prácticas propias de la disciplina que les era inculcada a estos profesionales.

El papel de profesión intermediaria entre paciente y facultativo, la dependencia social respecto a la medicina o el anonimato profesional eran cualidades que conformaban la identidad de los ATS[1]. El contacto entre profesionales formados y estudiantes en formación, a través de las prácticas asistenciales, es el medio de transmisión que ha permitido que los valores de antaño permanezcan en el tiempo, integrándose como parte natural de la identidad de una enfermera. Así lo manifiesta el estudio de Pérez Andrés et al.[16], que si bien da la opinión de alumnos y profesionales reducido al ámbito de la Comunidad de Madrid, refleja un discurso de gran interés sociológico.

A través de grupos de discusión, los autores han extraído los puntos de vista tanto de alumnos y exalumnos como de profesionales que se hacen cargo de éstos durante las prácticas, bien como tutores o como profesionales asistenciales. Los resultados concluyen que los profesionales perciben la docencia como una imposición, puesto que no han recibido formación para impartirla. Por otro lado, los alumnos y exalumnos expresan cómo en las prácticas de enfermería los profesionales les han transmitido estrés y angustia, así como minusvaloración del trabajo de los enfermeros de planta hacia los enfermeros de Atención Primaria[16].

En todos los grupos se manifiesta que *la enfermería es una profesión muy poco valorada y poco reconocida por los pacientes, por sus amigos de otras carreras universitarias, por los médicos, por la sociedad en general y por ellos mismos*[16]. El hecho de que los propios profesionales enfermeros califiquen a sus compañeros de *ser pasivos e individualistas, poco trabajadores y estar poco interesados en los objetivos que debería tener la profesión* no ayuda a proyectar una imagen nítida de la profesión[16].

Otro debate que se hace patente en este estudio se debe a la diferenciación de roles dentro de la propia enfermería. Pérez Andrés et al[16] diferencian una clasificación dentro de los profesionales de enfermería: el enfermero asistencial, el docente y el gestor. Esta estratificación de enfermeros supone un compromiso para imagen de la enfermería, ya que se proyectan objetivos particulares en lugar de uno cohesionado, que unifique la teoría y la praxis. A la hora de formar a los estudiantes de enfermería, se contraponen los discursos que los alumnos reciben, ya que los enfermeros docentes opinan que los enfermeros asistenciales no asumen como debieran el rol instructivo que les corresponde, en cuanto a las prácticas de los alumnos se refiere. Por otra parte, los enfermeros asistenciales denuncian que los enfermeros docentes no preparan a los estudiantes para enfrentarse con la realidad asistencial.

Hernández Yañez[2], por su parte, presenta la imagen subjetiva de la enfermería española, percibida por los profesionales, mostrándola como una profesión con rasgos profundamente asociados a lo vocacional, a tareas ingratas y a rutina, que da un perfil que dista de lo profesional, y la acerca más a la noción de ocupación subordinada sin expectativas de progreso. Esta visión está condicionada por la amplia visibilidad que tiene la medicina en el sector sanitario, tanto que el pensamiento *quien se hace enfermera, en el fondo es porque no pudo hacerse médico* está muy extendido.

Un inconveniente en el cual coinciden autores como Hernández Yáñez[2], Ibarra Mendoza[17] y Cánovas Tomás[18], es cómo la terminología afecta a la delimitación de la identidad enfermera. En primer lugar, el hecho de que se produzca una confusión de los términos “práctica profesional” y “disciplina profesional” es un factor que influye en la incapacidad de la enfermería para definirse plenamente. El primer término comprende el *aquí y ahora* de los cuidados, el cuidado como vivencia única e individualizada entre el cuidador y el receptor de los cuidados. El segundo, sin embargo, se refiere al cuerpo de conocimientos que guían la conducta enfermera en el desempeño de la profesión[17]. El uso de ambos términos indistintamente provoca que el acto de cuidar se desligue de una base de conocimiento científico-técnico sólido, sobre la que se fundamenta la profesión de enfermería, y se limite al ejercicio de los cuidados por motivos puramente vocacionales[2,17].

Hernán García et al[15], Pérez Andrés et al.[16] y Cánovas Tomás[18] aportan la observación que las enfermeras recogen del usuario. Éstas refieren que a los usuarios les cuesta reconocer la labor de enfermería porque todavía pesan en la memoria histórica colectiva nomenclaturas de la profesión como ATS y DUE, aunque para la mayoría, el título que describe el desempeño de su quehacer es el de enfermero/a[15,18]. Sin embargo, Celma Vicente et al.[5] discrepa al respecto, pues su estudios concluye que ciertos sectores de la sociedad rehúsan el término enfermero/a, y prefieren la denominación ATS.

Otro aspecto que cobra relevancia en el ámbito del reconocimiento de la enfermería, es el medio laboral. En España, el 54,42% de los profesionales sanitarios son enfermeras, un número reducido si lo comparamos con el 70,97% de media en el resto de la Unión Europea. La escasez de enfermeras que se encargan de los cuidados profesionales en España provoca una limitación en la capacidad de éstas para realizar los cuidados necesarios, especialmente si hablamos de la Atención Hospitalaria[14]. La consecuencia de esta situación se traduce en angustia moral y síndrome de *burnout*[14,16].

La asociación entre el puesto de trabajo, la satisfacción con éste y el estrés desembocan en la creación de unos rasgos de personalidad que son asumidos por la propia profesión de enfermería[14]. Estos aspectos, descritos por Jenaro et al.[14] se pueden relacionar con el hecho de que la enfermería de Atención Primaria reciba mejor valoración por parte de los usuarios[8–13]y que, a su vez, ésta se encuentre más integrada en la comunidad en la que desarrolla su trabajo[18].

Cánovas Tomás[18] diferencia entre la percepción de una enfermera de planta hospitalaria y una enfermera de centro de salud en cuanto a su caracterización social. En el caso de la enfermera de Atención Primaria se puede observar cierto sentimiento de reconocimiento por parte de la comunidad en la que se enmarca la ejecución de su trabajo, además de sentirse integrada en el equipo de personal sanitario; en cambio, se siente ligada de algún modo a la identidad del facultativo, pues aún no se considera a la enfermera como una profesional *interdependiente*, y continúa siendo *Fulanita, la enfermera del doctor Menganito*.

En el caso de la Atención Hospitalaria, la enfermera de planta niega la existencia de un equipo de profesionales sanitarios como los que se dan en Atención Primaria, o en áreas como Quirófano, y continúa desarrollando una labor que se reduce a la técnica, y que impide el desarrollo de otros aspectos importantes de la profesión enfermera, como son la escucha activa del paciente, o el planteamiento de un plan de asistencia al enfermo (y a su entorno) a través de un PAE, debido a la sobrecarga de trabajo. Refieren que los usuarios no saben qué hace exactamente una enfermera de planta, y que tanto para ellos como para el resto de colegas sanitarios *una enfermera es buena porque pincha y coge las vías muy bien*[18].

Llegados a este punto se observa un círculo de retroalimentación positiva: ambiente laboral estresante-peor valoración del usuario-peor percepción subjetiva-peor ambiente laboral. Finalmente, otro aspecto a tener en cuenta es la consideración que tiene la profesión de enfermería sobre el usuario. En opinión de los profesionales sanitarios, la competencia profesional es un factor secundario en la evaluación de la calidad de un servicio sanitario.

Las enfermeras consideran que el usuario da por hecho que la capacidad del médico está garantizada; sin embargo, creen que ellas están infravaloradas, tanto por los usuarios como por las otras categorías profesionales, y que lo que realmente determina una valoración u otra por parte de éstos son las características y las actitudes de los profesionales. Bajo su punto de vista, el usuario percibe una buena calidad en los cuidados dispensados si se resuelve su problema de forma rápida y eficaz[15].

Alberdi y Cuxart[6], dos expertas en el tema del reconocimiento social de la enfermería, concluyen que en la actualidad hay una satisfacción clara con la prestación de cuidados y la atención sanitaria de calidad que prestan las enfermeras en España; pero a la vez, sigue habiendo profundos obstáculos conceptuales, estructurales y organizativos que entorpecen el desarrollo de la práctica enfermera de forma global.

NUEVAS COMPETENCIAS PARA LA ENFERMERÍA

En lo relacionado a las nuevas competencias de los profesionales de la enfermería en la actualidad, se puede comprobar cómo las responsabilidades de la enfermería van aumentado paulatinamente, respaldadas por un marco legal. Con la ORDEN CIN/2134/2008, de 3 de julio, se establece la instauración del Grado en Enfermería como parte de la oferta de estudios universitarios de España[3]. Esta equiparación académica al resto de carreras universitarias, así como al resto de universidades europeas (Plan Bolonia) se considera el siguiente paso en la consecución del reconocimiento social de la enfermería, pues la ampliación de un año en el plan formativo de las enfermeras las capacita para adquirir y reforzar los conocimientos teórico-prácticos a través de un año extra de formación (en comparación con los tres años de la Diplomatura)[2,3].

Dentro de las competencias que los estudiantes de Grado de Enfermería deben adquirir, se encuentran, por ejemplo […]*prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento* […]; *conocer y aplicar los fundamentos y principios teóricos y metodológicos de la enfermería* o *comprender sin prejuicios a las personas, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes, asegurando el respeto a sus opiniones, creencias y valores, garantizando el derecho a la intimidad, a través de la confidencialidad y el secreto profesional*[3]. Hernández Yáñez[2] considera que el nuevo Grado en Enfermería supone un avance más en el camino del reconocimiento a la enfermería, dando un nuevo impulso cualitativo al ámbito de la formación.

Además de este importante impulso, a través del Real Decreto 450/2005 se pone de nuevo en boga el desarrollo normativo de las especialidades de enfermería, proyecto que se encontraba anclado en la anterior disposición del año 1987[2]. Con él, se introduce la figura de la enfermera especialista, título al que se accede tras realizar una residencia de dos años en unidades docentes acreditadas (Enfermero Interno Residente). Hay instauradas siete especialidades de enfermería diferentes: obstétrico-ginecológica (matrona), de salud mental, geriátrica, del trabajo, de cuidados médico-quirúrgicos, familiar y comunitaria, y pediátrica[19]. De este modo, se establece un ámbito de actuación delimitado, que ampara de manera potencial el desempeño de la enfermería sea cual sea el nivel asistencial en el que la enfermera desarrolle su trabajo.

Mas éste no es el único avance: el desarrollo de la Ley 28/2009, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, reconoce la capacidad de las enfermeras para *indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación*[20]. Éste es otro avance, que permite a la enfermera gestionar los problemas del individuo enfermo y sano, así como las prestaciones sanitarias de las que éste disfruta, asistenciales y de cuidados, consiguiendo de este modo más autonomía en el desarrollo de su rol y un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles[17].

SESGOS Y LIMITACIONES

Por una parte, la presente revisión utiliza, en proporción, una elevada cantidad de información extraída de estudios considerados como poco representativos, ya que la mayoría de los estudios que reflejan la situación actual de la enfermería son estudios cualitativos, que si bien dan información que podría considerarse extrapolable al discurso de la gran mayoría de los profesionales enfermeros de este país, no dan resultados cuantificables y mesurables. Dentro del proceso de selección, ha influido también el punto de vista de la autora sobre el tema tratado.

Por otra parte, al tratar el tema del reconocimiento social circunscrito a las fronteras del territorio español, el cribaje de artículos ha sido muy exhaustivo, descartando en algunos casos metaanálisis muy interesantes para el reconocimiento y el avance de la profesión de enfermería, pero que por referirse a países distintos a España no se pudieron incluir.

También hay que considerar que, muchos de los artículos que sí se podrían incluir, estaban limitados a servicios muy específicos dentro de un área muy concreta y específica de la enfermería española, de modo que limitaban la visión panorámica de la enfermería que se busca con el presente trabajo. Otro sesgo es la falta de información facilitada por otros profesionales sanitarios que trabajan codo con codo con las enfermeras, que también aportan otro punto de vista más a este complicado rompecabezas.

Finalmente, se podría considerar otra limitación la inexperiencia de la autora en el tratamiento de artículos científicos, lo cual ha llevado a reducir la búsqueda únicamente a las bases de datos disponibles en el catálogo de bases de datos de la UCLM. En ellas, sólo se han utilizado aquellos textos disponibles a texto completo, descartando de este modo otro amplio abanico de posibilidades de inclusión para esta revisión.

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA SANITARIA Y DE ENFERMERÍA

Tras el análisis de los diferentes artículos, un hallazgo representativo es que son los propios enfermeros los que ven más distorsionada la imagen de su colectivo. La imagen subjetiva que los enfermeros tienen de sí mismos es la que proyecta una imagen desenfocada de la profesión. Este hecho implica que no sólo hay que destinar esfuerzos a que el usuario perciba el rol que desempeña la enfermería en los servicios sanitarios, alejándolo de la sombra que proyecta la imagen de la medicina, sino que hay que dar un lavado de cara a la propia ideología enfermera, a través de un relevo generacional que borre los estigmas que acarrea la profesión, y que permita que se desarrolle por sí misma, en un ambiente de trabajo en equipo con el resto de profesiones sanitarias, rompiendo así con la cadena de transmisión por la cual la angustia y los valores tradicionales han sido asumidos por la enfermería.

Esto servirá para que la labor de enfermería siga creciendo, y, a su vez, a que el usuario vaya descubriendo el potencial de la enfermería como disciplina profesional, a través de la implementación de la metodología enfermera, sobre todo a nivel de la enfermería hospitalaria.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los artículos revisados en el presente estudio concluyen que, si bien las actividades y las actitudes de las enfermeras son muy bien valoradas por los usuarios, la enfermería como profesión carece de identificación propia. Esta falta de identidad está condicionada por aspectos como: la asunción de roles tradicionales como integrantes del carácter de la enfermería, un discurso fraccionado que no permite unificar la imagen de la ésta, y un medio laboral estresante que, en numerosas ocasiones, no permite mostrar al usuario el alcance que tiene esta profesión.

A pesar de estas circunstancias que frenan el desarrollo y la proyección de una identidad común, la equiparación del plan formativo de la enfermería con el resto de carreras universitarias y la incorporación de las Especialidades de Enfermería a la oferta de estudios es un importante logro para la enfermería en el ámbito académico. Asimismo, con la posibilidad de prescripción de productos sanitarios las competencias de la enfermería crecen en el camino de la mejora de los servicios prestados para ofrecer al usuario un cuidado de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miró Bonet M. ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/los enfermeras/os en España (1956-1976) [tesis doctoral]. Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears [en línea]; 2008 [citado 12 septiembre 2012]. Disponible en: http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6deb8205-06a0-4eec-bf70-b8397481efab%40sessionmgr11&vid=8&hid=1.

2. Hernández Yáñez JF. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Fundación Laboratorio de Alternativas [en línea]. 2010 [citado 26 de abril de 2013]; (162): 5-83. Disponible en: http://www.falternativas.org.

- 3. Boletín Oficial del Estado. Orden CIN/2134/2008 de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. BOE núm 174 de 19/06/2008.

- 4. Honneth A. Entre Aristóteles y Kant: esbozo de una moral del reconocimiento. Logos: Anales del Seminario de Metafísica [en línea]. 1999 [citado 4 de marzo de 2013] ;(32): 17-38. Disponible en: http://revistas.ucm.es.

- 5. Celma Vicente M, Acuña Delgado A. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. Revista de Antropología Experimental [en línea]. 2009 [citado 30 de octubre de 2012]; (9): 119-136. Disponible en: http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2009/09celma09.pdf

- 6. Alberdi Castell RM, Cuxart Ainaud N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. Presencia: revista de salud mental [en línea]. Jul-dic 2005 [citado el 26 de diciembre de 2012]; 1(2). Disponible en: http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php

- 7. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica (3ª ed.). Madrid: Elservier España, 2005.

- 8. Servicio Aragonés de Salud; Dirección General de Atención al Usuario. Encuesta de satisfacción de usuarios del Sistema de Salud de Aragón 2010 [en línea]. Aragón (España): Gobierno de Aragón; 2011 [citado 2 de marzo de 2013]. Disponible en: www.saludinforma.es

- 9. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; Área de Atención al Usuario y Calidad Asistencial Memoria de actividades 2005 [en línea]. Castilla-La Mancha (España): Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2006 [citado 2 de marzo de 2013]. Disponible en: http://sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/elSescam/memoria_actividad_2005.pdf

- 10. Servicio Andaluz de Salud; Consejería de Salud Pública de Andalucía. Resultados y calidad del sistema sanitario público de Andalucía [en línea]. Andalucía (España): Junta de Andalucía; 2012 [citado 20 marzo 2013]. Disponible en: http://www.calidadsaludandalucia.es/es/documento.html

- 11. Servicio Andaluz de Salud. Encuestas de satisfacción en Atención Primaria de Salud 2011 [en línea]. Andalucía (España): Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC); 2011 [citado 4 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores/introduccion.asp

- 12. Servicio Andaluz de Salud. Encuestas de satisfacción en hospitales 2011 [en línea]. Andalucía (España): Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC); 2011 [citado 4 de marzo de 2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/indicadores/introduccion.asp

- 13. Centro de Investigaciones Sociológicas. Avance de resultados de barómetro de Marzo del CIS [en línea]. España: Ministerio de la Presidencia; 09 de abril de 2013 [citado 10 abril 2013]. Disponible en: http://www.cis.es

- 14. Jenaro C, Flores N, Orgaz M, Cruz M. Vigour and dedication in nursing professionals: towards a better understanding of work engagement. Diario de Enfermería Avanzada [en línea]. (Abril de 2011), [citado 21 marzo 2013]; 67(4): 865-875. Disponible en: http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=6deb8205-06a0-4eec-bf70-b8397481efab%40sessionmgr11&vid=4&hid=1.

- 15. Hernán García M, Gutiérrez Cuadra JL, Lineros González C, Ruiz Barbosa C, Rabadán Asensio A. Los pacientes y la calidad de los servicios de atención primaria de salud. Opinión de los profesionales de los centros de salud de la Bahía de Cádiz y La Janda. Atención Primaria/ Sociedad Española De Medicina De Familia Y Comunitaria [en línea]. (31 de octubre de 2002) [citado 10 de enero de 2013]; 30(7): 425-433. Disponible en: http://www.elsevier.es/es/redirect/deprecated?_f=7064&ip=193.144.178.47&articuloid=13039050&revistaid=27.

- 16. Pérez Andrés C, Albéniz Lizarraga C, Alameda Cuesta A. La formación práctica en la enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales. Un estudio cualitativo con grupos de discusión. Revista Española de Salud Pública [en línea]. (Septiembre – octubre de 2002 [citado 15 de enero de 2013); 76(5): 517-530. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/resp/v76n5/original3.pdf.

- 17. Ibarra Mendoza X. Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades [en línea]. (2º semestre 2006) [citado 20 de marzo de 2013]; (20): 147-152. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/878/1/culturacuidados_20_21.pdf.

- 18. Cánovas Tomás MA. Trabajo e ideología de género: un análisis antropológico de la enfermería en Murcia. Enfermería global: revista electrónica trimestral de Enfermería [en línea]. (Noviembre de 2004) [citado 4 abril 2013]; (5): 1-12. Disponible en: http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24044/1/Trabajo%20e%20ideologia%20de%20genero%20un%20analisis%20antropologico%20de%20la%20enfermeria%20en%20Murcia..pdf .

- 19. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 450/2005 de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE núm 108 de 6/ 5/ 2005.

- 20. Boletín Oficial del Estado LEY 28/2009 de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE núm 315 de 31/12/2009.

TEMA 44. ASPECTOS LEGALES DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS FUERA DE FICHA TÉCNICA.

PEDRO PADILLA ROMERO

CARLOTA ROMERO MARTIN

TERESA LÓPEZ ARTEAGA

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CASO CLÍNICO**
- **DISCUSIÓN**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INDTRODUCCIÓN

La prescripción fuera de indicación oficial es un tema polémico especialmente en la especialidad de psiquiatría, donde es muy habitual el uso de psicofármacos y de otros medicamentos cuya eficacia no está oficialmente acreditada, aunque si cuentan con un aval clínico lo suficientemente importante como para aconsejar su utilización en dosis superiores a las que la ficha técnica recoge o bien para indicaciones llamadas “of label” es decir fuera de la ficha técnica.

A continuación exponemos un caso de empelo de antipsicóticos fuera de ficha técnica.

CASO CLÍNICO

Varón de 30 años, soltero, sin hijos, vive con su familia. Inició estudios universitarios que abandonó coincidiendo con el debut de su enfermedad.

Antecedentes Médicos No psiquiátricos: intolerancia a la lactosa, rinitis alérgica. Fumador de tabaco.

Antecedentes Psiquiátricos: En seguimiento con diagnóstico de trastorno Bipolar tipo I. Múltiples ingresos en Unidad de Hospitalización Breve (UHB) fundamentalmente por episodios maníacos graves con síntomas psicóticos. En el último año múltiples descompensaciones que requieren dos ingresos en UHB. Antecedentes Familiares: un tío diagnosticado de trastorno bipolar.

Tratamiento psicofarmacólogico actual: Litio 400 mg (1-0-1), Clozapina 100mg (0-0-1), Clonazepam 2 mg (1-1-1) y Lorazepam 1 mg (0-0-0-1).

Enfermedad Actual: El paciente es traído al Servicio de Urgencias por el 112 refiriendo que se escapó de su domicilio hace un día; según informe de derivación en este tiempo ha estado deambulando por la calle en estado de manía y verbalizando ideación delirante megalomaniaca. En la valoración de urgencias el paciente se muestra amenazante y con nula colaboración, por lo que precisa inmovilización terapéutica de 5 puntos y pauta psicofarmacológica de agitación. Dada la inestabilidad psicopatológica se cursa ingreso involuntario en UHB.

Exploración psicopatológica: consciente, orientado, nula colaboración, agitación psicomotriz moderada. Irritabilidad, ánimo maniforme. Nula conciencia de enfermedad. Imposible completar exploración.

Exploración Complementaria: hemograma y bioquímica sin alteraciones, sistemático de orina normal, tóxicos negativos, perfil tiroideo: normal, vitamina B12 y ácido fólico: normales, litio: 0,75 mmol/l [0.6-1.2]

Evolución

Durante los primeros 7 días el paciente continuó en estado de manía aguda con síntomas psicóticos. Mostraba discurso delirante con descarrilamiento y fuga de ideas; aseguraba estar en periodo de suerte y querer invertir mucho dinero en distintos negocios. Dado el resultado satisfactorio en un ingreso anterior (en el cual se introdujo clozapina) y la resistencia a otros antipsicóticos, se decide ajustar el tratamiento pautando una dosis mayor de clozapina.

El paciente se mantuvo ingresado durante 2 meses, tolerando el ascenso de dosis de clozapina, el cual se correlacionó con una mejoría clínica que le permitió alcanzar la eutimia.

DISCUSIÓN

Según la ficha técnica de clozapina de la agencia española del medicamento, dicho antipsicótico tiene dos indicaciones terapéuticas oficiales:

- Tratamiento de la esquizofrenia resistente
- Tratamiento en el curso de la enfermedad de Parkinson

En la actualidad la prescripción especial está regulada por Decreto-Ley 16/2012. La esencia de este precepto legal es que la prescripción fuera de indicación tendrá un uso excepcional y solo ante la carencia de alternativas terapéuticas. Además deberá tener un respeto al protocolo asistencial del centro.

El criterio económico no justifica penalmente la causación de un daño a un paciente, o la omisión de su curación, ni siquiera la generación de un padecimiento innecesario. El criterio rector de la actuación médica debe ser inexcusablemente la mejoría o curación. Si la prescripción de sustenta en criterios económicos la función médica se desvirtúa por completo.

Para poder prescribir psicofármacos fuera de ficha técnica habrá que cumplir los siguientes requisitos:

1. Justificación en Historia Clínica

2. Especial información al paciente y consentimiento informado según preceptúa la ley 41/2002

3. Respetar las limitaciones que el centro sanitario establezca

CONCLUSIONES

En los casos que se precise emplear psicofármacos con indicación fuera de ficha técnica, podrá llevarse a cabo siempre y cuando se cumplan los requisitos legales.

En el caso clínico expuesto se cumplían todos los requisitos para la prescripción de clozapina en un paciente con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I grave: justificación clínica, consentimiento tras información al paciente y sus familiares, prescripción de acuerdo a las normas del hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- Fuertes Rocañin, J.C. Manual de Psiquiatría Forense. Editorial Aran 2014.
- Fuertes Iglesias, C. Derecho y salud mental. Editorial Aran, 2013.
- Mahmood T, Devlin M, Silverstone T. Clozapine in the management of bipolar and schizoaffective manic episodes resistant to standard treatment. Aust N Z J Psychiatry. 1997 Jun;31(3):424-6.

TEMA 45. SÍNDROME DEL CUIDADOR EN PACIENTES CON ALZHEIMER.

SILVIA ARIAS FUENTES

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), reconoce la demencia como una prioridad de salud pública y refiere que la Enfermedad de Alzheimer (EA), es el tipo de demencia más común acumulando un 60-70% de los casos totales y suponiendo una de las principales causas de dependencia y discapacidad entre las personas mayores. (1)

La EA afecta a todo el entorno familiar y especialmente a la figura del cuidador principal quien atiende al enfermo día tras día. (2)

INTRODUCCIÓN

Una de las consecuencias del también denominado “cuidador informal” sobre el enfermo de Alzheimer puede derivar en el *síndrome del cuidador* definiéndose como el trastorno que da respuesta a una inadecuada situación de estrés físico y emocional durante un tiempo prolongado, debido al cuidado de un enfermo crónico. [3]

OBJETIVOS

Describir el perfil y analizar los signos y síntomas del síndrome del cuidador principal en los pacientes con Alzheimer.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando palabras clave como “síndrome cuidador”, “Alzheimer”, “cuidador principal”, “sobrecarga”. Se aplicaron los filtros de “texto en inglés o castellano”, “texto con disposición completa y gratuita” y se limitó la búsqueda al intervalo “2009-2019”. De un total de 14 publicaciones, fueron seleccionadas 4.

RESULTADOS

-Los principales síntomas del cuidador son el agotamiento físico o cansancio permanente, ansiedad, depresión, irritabilidad, fatiga crónica, insomnio, deterioro de las relaciones y aislamiento social, baja autoestima…

-El perfil del cuidador principal muestra generalidades como: sexo femenino, edad comprendida entre 40-60 años, sin perfil laboral estable, con vínculos afectivos o familiares respecto al enfermo y compartiendo domicilio con él. [3,4]

CONCLUSIONES

El cuidador principal es una figura vulnerable debido a las etapas y deterioro que acompañan a la EA.

La prevención en el cuidador informal es fundamental, el equipo multidisciplinar debe proporcionar la información, planificación y asesoramiento de los cuidados y del funcionamiento del Sistema de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Demencia. Datos y cifras. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia.
2. Servicio Canario de Salud. Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Conserjería de Sanidad; 2011. [Internet]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs//content/eab102dc-48cd-11e1-92c3-9195656fdecf/Intro.pdf.

BIBLIOGRAFÍA

3. Rogero J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: IMSERSO 2010. [Internet]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf.
4. Peña F, Álvarez MA, Melero J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. Scielo. Enfermería global. Vol 15. 2016. [Internet]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300004.

TEMA 46. INFLUENCIA SOBRE LA SALUD DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL Y LA POBREZA EN ESPAÑA.

ISMAEL RIVAS CABALLERO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN 3
- OBJETIVOS 7
- METODOLOGÍA 8
- RESULTADOS 9
- CONCLUSIONES 14
- BIBLIOGRAFÍA 15

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Existen una serie de factores sociales que repercuten en gran medida sobre la salud y en esta revisión bibliográfica vamos a tratar dos: la pobreza y la exclusión social. [1]

La pobreza es un proceso complicado caracterizado por la escasez de recursos económicos, sociales, culturales, institucionales y políticos que afectan a las condiciones de inserción laboral y prevalecen en el mercado de trabajo con inestabilidad, informalidad, bajos salarios y precariedad laboral.

El concepto de exclusión social hace referencia a una situación global de desempleo de larga duración, inestabilidad, degradación de las condiciones del mercado de trabajo, incremento del déficit de vivienda, la aparición de nuevas formas de pobreza entre los jóvenes, mujeres e inmigrantes, así como los procesos enmarcados dentro de la crisis del Estado de Bienestar. [2]

Según el último informe de la Red Europea de Lucha contra la Pobreza (2017) en España existen casi 13 millones de personas en situación de riesgo de pobreza o exclusión social, el 27,9% del total de la población. Los sectores sociales que han empeorado su situación respecto al anterior informe son las mujeres, las personas mayores de 65 años y las familias monoparentales. [3]

En 2008 el Ministerio de Sanidad y Política Social constituyó la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CRDSS-E) con la finalidad de concretar medidas que disminuyan las desigualdades en salud, mediante el análisis de la situación inicial y el establecimiento de políticas para reducirlas.

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias injustas y evitables entre los sectores de población determinados por sus factores sociales, económicos, demográficos o geográficos, y que provocan desigualdades en cuanto a la distribución de recursos, oportunidades y circunstancias relacionadas con una peor salud entre los colectivos más desfavorecidos.

Los sectores poblacionales más desfavorecidos en España son la etnia gitana, los residentes en zonas con mayor privación, las mujeres, las personas discapacitadas y recientemente la población inmigrante, presentando peores condiciones de vida y trabajo que se expresan en un peor estado de salud.

En la actualidad sabemos que la salud y la calidad de vida son el resultado de la interacción de factores sociales relacionados con sus condiciones de vida y su forma de vivir. [4]

OBJETIVOS.

Analizar los factores sociales de la pobreza y la exclusión social, y su repercusión e influencia sobre la salud.

METODOLOGÍA.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos: Pubmed, Medlineplus, Google Académico y Scielo. Los descriptores empleados fueron “exclusión social”, “pobreza”, “salud”, “repercusión” y “influencia”. Como criterios de inclusión se añadieron “texto en inglés o castellano”, “texto con disposición completa y gratuita” y “periodo temporal 2002-2018”. De un total de 51 publicaciones, fueron seleccionadas 5.

RESULTADOS.

La OMS creó la Comisión de Determinantes en Salud con la finalidad de organizar las estrategias de actuación contra las desigualdades en salud, creando un marco para la elaboración de propuestas de intervención a partir de dos ejes interrelacionados:

- Actuar sobre los principales determinantes de la salud, que son sociales.
- Ejecutar políticas sociales en base al conocimiento disponible y exponiendo la conexión entre salud y factores sociales. [1]

La CRDSS-E estableció un conjunto de causas que generan desigualdad en el ámbito de la salud:

- Contexto socioeconómico y político que estructuras las capas sociales y la distribución del poder y de los recursos.
- Diferentes factores de desigualdad como la clase social, el género, edad, etnia o raza y el territorio. [4]

Estas causas que generan desigualdades en salud repercuten principalmente en dos aspectos:

- Los recursos materiales: vinculados a las condiciones laborales y el trabajo, patrimonio y situación económica, vivienda y equipamiento, y las características del área de residencia.
- Distribución del poder: que generan procesos psicosociales como la falta de control, déficit de autorrealización o predisposición a situaciones de estrés, así como las conductas individuales que repercuten en la salud. [5]

La CRDSS-E concretó un conjunto de tres ejes políticos con la finalidad de establecer unas bases de intervenciones para las políticas públicas sanitarias y sociales que reduzcan las desigualdades en salud:

- Mejora de las condiciones de vida.
- Combatir la desigualdad distribución del poder, el dinero y los recursos.
- Estudio y diagnóstico de la situación social, evaluación de las intervenciones realizadas, capacitar a los profesionales sociosanitarios y realizar campañas de sensibilización.

La Comisión propuso un total de cinco políticas e intervenciones con el objetivo de disminuir las desigualdades en salud en España:

- La disminución de las desigualdades sociales en salud no es posible sin un compromiso global del conjunto de la sociedad.
- Implantación de políticas públicas para mejorar las condiciones de vida durante todo el ciclo vital.
- Fomentar el acceso a la salud, comenzando desde las áreas más desfavorecidas y facilitando la participación.
- Mantenimiento y mejora, bajo la perspectiva de equidad, de la calidad de la salud.
- Estudio, vigilancia e investigación de los factores que influyen en la salud. [4]

CONCLUSIONES.

Para desarrollar programas dentro del ámbito sanitario que repercutan en la disminución de los factores sociales que generan pobreza y exclusión social, es imprescindible la elaboración de planes globales y transversales que impliquen a toda la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres C. y Mújica Ó. Salud, equidad y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Revista Panamá Salud Pública. 2004. p.430-439.
2. Brugué Q., Gomá R., Subirats J. De la pobreza a la exclusión social. Nuevos retos para las políticas públicas. Internacional de Sociología. 2002. p. 7-45.
3. El Estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2017. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. Disponible en: https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/Informe_AROPE_2018.pdf.

4. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf.
5. Palomino Moral P.A., Grande Gascón M.L., Linares Abad M. La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología. 2014. Vol.72. p. 71-91.

TEMA 47. SHOCK TÓXICO DEBIDO AL USO DE TAMPONES.

EVA PASTOR GALLEGO

ÍNDICE

1 -INTRODUCCION
2-METODOLOGÍA Y SINTOMAS
3-TRATAMIENTO Y CONCLUSIONES

INTRODUCCION

La menstruación o periodo es el sangrado mensual de una mujer. Durante la menstruación, el cuerpo femenino libera las células de recubrimiento del útero. Los tampones, son un artículo de higiene femenina utilizados para absorber el flujo sanguíneo menstrual, fabricados de algodón suave prensado.

Su propósito es la absorción de flujo menstrual, o sangre. El uso de tampones hace más habitual que mujeres padezcan shock tóxico debido a la producción de una exotoxina producida por una bacteria llamada estafilococo aureus, éstos facilitan su paso al torrente sanguíneo, pasando a través de la mucosa o a través del útero.la oportunidad de salir del cuerpo.

METODOLOGIA Y SÍNTOMAS

Metodología: Hay estudios que se realizaron que indican que aún se producen 3 casos por cada 100.000 mujeres que menstrúan debido al uso de tampones. El diagnóstico se realiza desde la clínica y por el aislamiento del microorganismo en hemocultivos y recogida de una muestra de exudado vaginal para su posterior cultivo. El crecimiento del microorganismo con crecimiento de colonias dará lugar a un resultado positivo.

Síntomas: Es súbito, fiebre entre los 39ºC a 40,5ºC hipotensión arterial, eritrodermia macular difusa, pudiendo afectar a órganos. Vómitos, diarreas, mialgia, daño hepático, trombocitopenia, aumento de la creatin quinasa.Alteración de la función renal pudiendo llegar a producir una sepsis.

TRATAMIENTO Y CONCLUSIONES

Tratamiento: Consiste en cuidados de apoyo agresivos y descontaminar o desbridar el sitio de origen. Administrar antibióticos como vancomicina, mientras se esperan los resultados de los cultivos y antibiogramas. Administrar si es grave inmunoglobulina IV**,** y reposición de líquidos.

Conclusiones: Los factores químicos o mecánicos que están relacionados con el uso de tampones probablemente aumenta la producción de estafilococo aureus. Optar por otras alternativas, como puede ser el uso de la copa menstrual, o compresas de algodón y sobre todo y lo más importante, visitar al ginecólogo que le asesore sobre las opciones que puede tener cuando está con la menstruación, si es propenso a tener este tipo de problemas. .

BIBLIOGRAFÍA

1. Infect Dis. 2009;9(5):281-290.
2. 2.Holt P. Tampon-associated toxic shock syndrome. BMJ. 1980;281:1321-1322.
3. Yok-Ai Que PM. Staphylococcus aureus (including staphylococcal toxic shock). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, et al. Principles and practice of infectious diseases. Seventh ed. Philadelphia, Pa: Elseiver Churchill Livingstone; 2009. Chap 195.
4. Balk RA. Severa and septic shock: defi nitions, epidemiology and clinical manifestations. Crit Care Clin. 2000;16:179-192.

TEMA 48. EFECTOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES.

SARA MARTÍN VILLANUEVA

ÍNDICE

- FUENTES DE RADIACIÓN
- RADIACIÓN NATURAL
- RADIACIÓN MÉDICA
- RADIACIÓN INDUSTRIAL
- EFECTOS DE LAS RADIACIONES
- BIBLIOGRAFÍA

FUENTES DE RADIACIÓN

Durante la vida diaria estamos expuestos a radiaciones ionizantes de múltiples orígenes:

- Natural: sobre la que no tenemos ningún control.
- Médico: técnicas diagnosticas y terapéuticas.
- La radiación industrial

RADIACIÓN NATURAL

Procede de 3 fuentes principales:

- RADIONÚCLIDOS que existen en la tierra (Uranio y Torio) según se desintegran emiten radiación, el nivel de esta radiación depende de la localización geográfica, tipo de suelo y roca presentes.
- LA RADIACIÓN CÓSMICA la emitida por el sol…depende de la latitud hacia el polo norte, y de la altitud, de tal forma que a unos 1600m la radiación cósmica es aproximadamente el doble que a nivel del mar.
- RADIONÚCLIDOS DE NUESTRO PROPIO ORGANISMO como H3, C14, K40, Ra226…

RADIACIÓN MÉDICA

Es con diferencia la mayor fuente de radiación. Es difícil asignar valores exactos de dosis a estas técnicas porque es muy variable (medicina nuclear, radioterapia, radiodiagnóstico…)

Dosis anual aproximada: 40-20 mrads.

RADIACIÓN INDUSTRIAL

En centrales nucleares, transporte y manipulación de material radioactivo…

La dosis media de 0.3 mrad.

EFECTOS DE LAS RADIACIONES

- Según el tiempo de aparición:

  Desde que se absorbe la energía hasta que se evidencia el efecto biológico hay un tiempo, denominado tiempo de latencia.

  - Efectos precoces: minutos, horas (eritema cutáneo, vómitos…)
  - Efectos tardíos: meses, años (mutaciones, deformaciones…)

EFECTOS DE LAS RADIACIONES

- Desde el punto de vista biológico:
  - Efectos somáticos: solo se manifiestan en el individuo que ha sido sometido a radiación.
  - Efectos genéticos: no se manifiestan en el individuo, sino en su descendencia.

EFECTOS DE LAS RADIACIONES

- Según la dosis:
  - Efectos estocásticos: son absolutamente aleatorios, probabilísticas, y pueden aparecer tras la exposición a pequeñas dosis de radiación. No necesitan dosis umbral.
  - Efectos no estocásticos o determinísticos: necesitan dosis umbral para producirse, por debajo de la cual la probabilidad de aparición es extremadamente baja.

EFECTOS DE LAS RADIACIONES

- ✓ Son mas radiosensibles las celúlas activamente mitóticas, que se están continuamente dividiendo como las espermatogonias, ovogonias, células de la piel…y las que no están diferenciadas (células de MO).

- ✓ Tambien depende del momento en el que se encuentre la celula dentro de su ciclo celular: es mas radiosensible antes de la mitosis (G2) y durante la mitosis (M).

EFECTOS DE LAS RADIACIONES

- Sobre la piel:
  - La piel es la primera barrera a las radiaciones ionizantes.
  - Los efectos cutáneos son los mas frecuentes. Los efectos dependen de la dosis (eritema, descamación…)
  - También puede provocar radiodermitis crónica
- Sobre la medula ósea:
  - Las células madre son muy radiosensibles
  - Según la dosis se producirá displasia-aplasia medular y habrá recuperación o no.
  - Los eritroblastos son los primeros afectados.

EFECTOS DE LAS RADIACIONES

- Sobre los testículos:
  - Contienen células muy radiosensibles y radioresistentes.
  - Esterilidad temporal o permanente.
  - Aberraciones cromosómicas

- Sobre los ovarios:
  - Esterilidad temporal- total.
  - Atrofia si la esterilidad es en edades tempranas.
  - Aberraciones cromosómicas
- Sobre el cristalino
- Sobre el embrión-feto

EFECTOS DE LAS RADIACIONES

- Carcinogénesis radioinducida:

  Interviene en la transformación celular: una célula cambiará a célula maligna en potencia. Por ejemplo los tumores de piel, mamas, tiroides…

- Leucemogénesis:

  Actúa como agente promotor, es un efecto tardío frecuente a altas dosis. Por ejemplo leucemia crónica.

BIBLIOGRAFÍA

- Juan Manuel Gil Ramos, Herminia Andrades Romero, Silvia Ramos Caro, Rocío Prieto Llamas, Rocía Rodríguez Polo, Eduardo Gil Martínez, Susana Cuerda Lopez. Mad. Técnico Especialista en Radiodiagnóstico. Junio, 2015.

TEMA 49. PSICOCIRUGÍA ¿EN QUÉ PUNTO NOS ENCONTRAMOS?

ALBA FERNANDEZ FALCES

ÍNDICE

- **HISTORIA DE LA PSICOCIRUGÍA**
- **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES**
- **APLICACIÓN DE LA TÉCNICA**

HISTORIA DE LA PSICOCIRUGÍA

Los comienzos de la psicocirugía se sitúan en 1936, principalmente de la mano del neurólogo portugués **Egas Moniz**. En ese tiempo no existían alternativas farmacológicas satisfactorias y se utilizaban diferentes terapias somáticas de resultados más que inciertos, como el choque hipoglucémico con insulina, el choque con metrazol o la TEC. Debido al problema de salud pública que suponían los enfermos mentales y lo anteriormente mencionado, esta nueva técnica (leucotomía frontal, alcoholizando la sustancia blanca) adquirió mucha importancia y comenzó a realizarse. Incluso Egas Modiz llegó a recibir el premio Nobel de Medicina.

- Otro importante defensor de esta cirugía fue **Walter Freeman** que realizó la primera lobotomía prefrontal con abordaje transorbitario en EEUU. Se promovió el uso de esta técnica para ser aplicada de manera liberal por médicos no cirujanos, neurólogos o psiquiatras, en ambientes extrahospitalarios. Siendo cada vez más liberales las indicaciones y cientos de pacientes tuvieron que sufrir las consecuencias, quedándoles graves secuelas, incluso la muerte.

- Estas técnicas quirúrgicas iniciales eran evidentemente rudas, inexactas y asociadas a una marcada morbimortalidad. Las complicaciones incluían hemorragia intracraneal graves. La psicocirugía se recomendó para la hipotética curación o la paliación de la esquizofrenia, la depresión, la homosexualidad, los trastornos del comportamiento en la infancia, la conducta criminal y la violencia o la agresividad incontrolada

- En los años 60-70 hubo gran cantidad de detractores a dichas técnicas ya que algunos procedimientos dejaban secuelas permanentes, altas tasas de mortalidad o el no disponer de datos acerca de su eficacia. Por ello se crearon las primeras comisiones nacionales de psicocirugía.
- Tras multitud de investigaciones por parte de estas comisiones, se experimentó una notable mejoría en sus síntomas psiquiátricos.

- Series clínicas más modernas demuestran resultados similares, con intervalos de 35-70% de mejoría, según el diagnóstico psiquiátrico y la metodología empleada. Estos resultados positivos son el principal argumento contra la percepción pública inicial de que la psicocirugía es peligrosa, ineficaz y experimental.
- La psicocirugía fue definida en 1976 por la OMS: ***"La remoción o destrucción quirúrgica selectiva de vías nerviosas con el propósito de influenciar en el comportamiento".***

- Hoy día, una rigurosa selección de los pacientes, las precisas técnicas de cirugía estereotáctica, junto con la evaluación clínica contrastada pre y postoperatoria, permiten encontrar en la psicocirugía una alternativa terapéutica eficaz para enfermedad mental grave sin respuesta a otros tratamientos.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PACIENTES

Este procedimiento estará indicado para pacientes con enfermedad psiquiátrica **grave, discapacitante y refractaria al tratamiento conservador**. Por todo ello es necesario agotar todas las demás posibilidades terapéuticas: farmacología, psicoterapia, TEC…

Los principales diagnósticos psiquiátricos que pueden beneficiarse de dicho tratamiento van a ser:

TOC

Síndrome de Tourette.

Depresión mayor refractaria.

- Sólo en raras ocasiones se puede plantear la indicación de cirugía en algunos pacientes con accesos graves de violencia-agresividad con alto potencial de autolesión-mutilación.
-
- La psicocirugía no está indicada para todo los pacientes por lo tanto ha de solicitarse mediante un informe detallado

¿Qué criterios debería cumplir la persona?

- **Cronicidad**. Al menos un año de síntomas sin remisión. Aunque en la práctica hasta pasados los 5 años no se habla de refractariedad al tratamiento.
- El paciente ha de ser **remitido por su psiquiatra de referencia**, es decir, aquel que tiene pleno conocimiento del paciente y ha realizado un seguimiento muy exhaustivo a lo largo de los años.

- Deben constar en el informe todos los **tratamientos farmacológicos** empleados en el paciente minuciosamente.
- Ha de estar incluido también los demás tipos de tratamiento con el paciente, **psicoterapia, terapia conductual, TEC…**
- El paciente y sus familiares deben estar de acuerdo en participar completamente en el proceso de evaluación, así como en el programa de tratamiento psiquiátrico postoperatorio. Por lo general, únicamente deberían aceptarse para cirugía los pacientes adultos (mayores de 18 años), que pueden dar el consentimiento informado y que expresan una clara voluntad y su compromiso para seguir dicho tratamiento.

APLICACIÓN DE LA TÉCNICA

- Hoy en día la psicocirugía ha evolucionado desde la leucotomía frontal hacia cinco procedimientos mucho más limitados:

- **CINGULOTOMÍA: Técnica de elección en Norteamérica los últimos 40 años.** Consiste en la inserción del electrodo en el cíngulo, a continuación se realiza una primera lesión por termocoagulación durante 90s a 85ºC, a continuación se realiza una segunda lesión a 10mm de la primera.
- Se usa fundamentalmente en TOC refractario a tratamiento o depresión refractaria.

- **TRACTOTOMÍA SUBCAUDADA:** Es una técnica muy empleada en el Reino Unido. Consiste producir una lesión en "sustancia innominada" mediante termocoagulación.
- Estudios han mostrado buenos resultados, mejoría en pacientes con depresión 68% y con TOC en un 50%. Las complicaciones son mayores.

- **LEUCOTOMÍA LÍMBICA:** Es una combinación de las 2 anteriormente mencionadas. El tratamiento se lleva a cabo generando lesiones por frío o termocoagulación en la región subcaudada.
- Ha resultado muy efectivo para el TOC (89%) y el 78% de los diagnosticados de depresión, especialmente con conductas automutilantes.

- **CAPSULOTOMÍA ANTERIOR**: El objetivo es la interrupción de las conexiones frontotalámicas en el brazo anterior de la cápsula interna, entre la cabeza del núcleo caudado y el putamen. Produce como efecto secundario confusión mental transitoria (86%). Se consigue una mejoría significativa en el 70% pacientes con TOC. Sin embargo, sus efectos adversos tales como incontinencia urinaria nocturna, depresión, aumento de peso y confusión limitan su aplicabilidad.

- **HIPOTALAMOTOMÍA POSTEROMEDIAL:** Es una de las técnicas más empleadas en el tratamiento de la conducta con agresividad. Se produce la introducción del electrodo en la región posterior del hipotálamo, se realiza la estimulación, y se debe obtener una reacción simpaticomimética. Aparece una respuesta en forma de elevación de la TA, taquicardia y midriasis, en ese momento, se procede a la termocoagulación.
- Se han encontrado respuestas clínicas favorables hasta en un 80% de los casos, sin registrarse efectos secundarios relacionados con la regulación hormonal o deterioro cognitivo. Lo que sí se ha observado un aumento del coeficiente intelectual en la mitad de los pacientes.

PERSPECTIVAS DE FUTURO: NEUROMODULACIÓN

- Uno de los conceptos que se manejan actualmente en la psicocirugía es la **NEUROMODULACIÓN**. Se conoce como tal a las alteraciones terapéuticas del SNS, SNP y SNA por acción de implantes de naturaleza física o química situados en distintas partes de dichos sistemas con precisión. No es otra cosa que el resultado del impacto tecnológico aplicado a la interfase neuronal.

- *Cuanto mayor sean los voltajes aplicados existe mayor tejido cerebral estimulado*. Este es el principio básico de los estimuladores eléctricos implantados con diferentes fines.
- Indicado para:
  - Tratamiento del Parkinson.
  - TOC

ASPECTOS POSITIVOS:

- Es totalmente reversible.
- Se puede modificar en función de los síntomas que presente el paciente con la progresión de la enfermedad.
- Puede activarse y desactivarse sin que el paciente lo advierta, es útil para realizar estudios.
- Se deben sopesar los beneficios/perjuicios en cada caso individualmente, antes de emplear dicha técnicas.

ASPECTOS NEGATIVOS:

- Coste sumamente elevado.
- - Requiere anestesia general para su colocación.
- - Pueden aparecer hematomas como complicación.
- - Necesidad de permanecer cerca de los centros de regulación de la actividad de los implantes.

BIBLIOGRAFÍA

•Barcia J.A, Bertolín-Guillén J.M, ; Barcia- González J, et al. “Present status of psychosurgery in Spain”. Neurocirugía. Agosto 2007. Vol. 18 n.4.

• Cervera-Paz, F.J., Manrique, M.: Auditory brainstem implants: past, present and future prospects. Acta Neurochir Suppl 2007; 97: 437-442.

•Robaina Padrón F,J. Neuromodulación quirúrgica. Nuevos horizontes en Neurocirugía. Neurocirugía. abr 2008 vol.19 no.2

Barcia Albacar, J.A.: Psicocirugía. En Barcia Salorio D, (ed). Tratado de psiquiatría. Madrid; Arán, 2000.

TEMA 50. GRUPO DE PADRES EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

LUCIA DIAZ ECHALECU

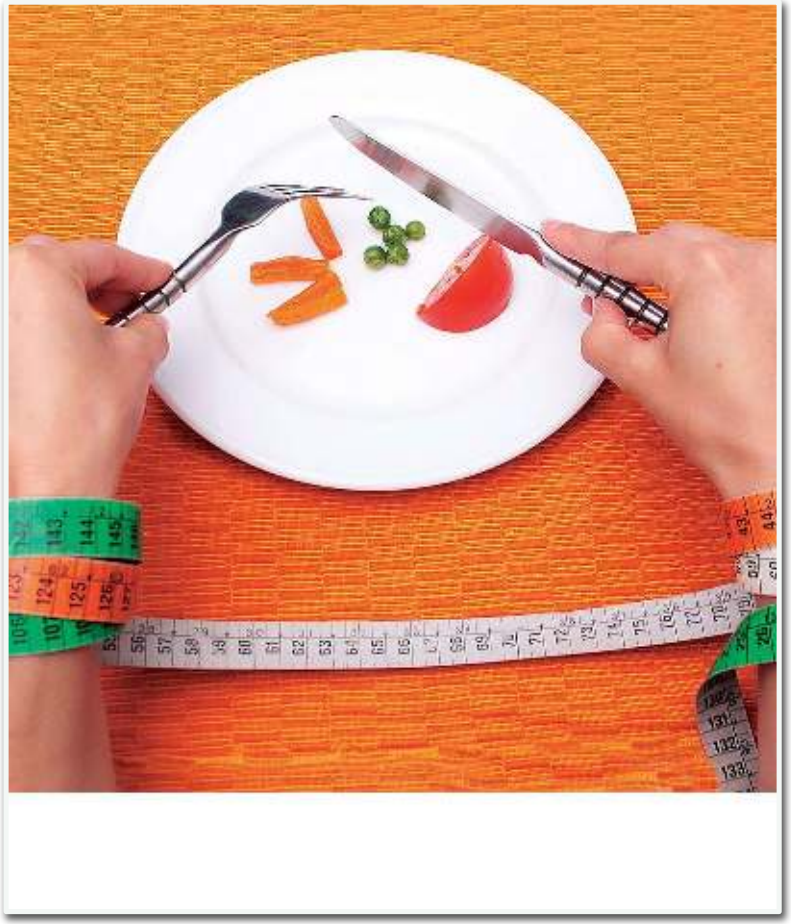
ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos fundamentales de las sesiones(subjetivos y objetivos).
- Sumario de sesiones.
- Que son los TCAs
- Implicación de la familia.Por eso trabajamos con vosotros.
- Tipos de trastornos básicos y como diferenciar.

INTRODUCCION

- El incremento de las patologías asociadas a la conducta alimentaria a lo largo de los últimos tiempos radica en diversas razones , entre las cuales, cabe destacar la existencia de determinados modelos estéticos en los países occidentales.A su vez se esta potenciando una sociedad opulenta, consumista muy preocupada por el aspecto físico de cara a las redes sociales, altamente automatizada y bastante sedentaria.

- Queremos abordar la manera de encontrar apoyo, visión y unos valores que nos ayuden a realizar un abordaje eficiente conociendo y pudiendo entender.



OBJETIVOS FUNDAMENTALES

OBJETIVOS	SUBJETIVOS
Psicoeducación respecto a los TCAs	Oportunidad de intercambiar experiencias y contrastar estrategias.
Psicoeducación nutricional y de hábitos saludables	Reducir sentimientos de culpa
Resolución de problemas	Permitir un mayor conocimiento de la enfermedad.
Autoayuda(apoyo-relación-conversación)	

SUMARIO DE SESIONES

1. Definición y tipos de TCAs.
2. La familia y los trastornos de la conducta alimentaria
3. Factores determinantes de los TCAs.
4. Tenemos diagnostico y ¿ahora qué?
5. Tratamiento e intervención.
6. Trastornos y adolescencia
7. Conclusiones

¿ Qué son entonces los TCAs ?

Los TCA representan en cuanto a la prevalencia de casos la tercera enfermedad crónica entre la población femenina en las sociedades desarrolladas y occidentales.

La comida se utiliza para sentir cierto **control** ante la sensación de **descontrol** hacia situaciones y emociones que no dominan.

- Condicionan su libertad en el afán de complacer a los demás se olvidan de sus necesidades y deseos.
- Su autoestima porque el control de la comida compensa su sensación de fracaso respecto a la búsqueda de una perfección irreal e inalcanzable.
- Necesidad de aprobación y admiración permanente de los demas.
- Para calmar su malestar interior buscan la comida que temporalmente les alivia.
- Las conductas purgativas que no solo tienen como objetivo prevenir la ganancia ponderar sino obtener control sobre su impulsividad suavizando así su ansiedad y estrés.

¿Que son entonces los TCAs?

Una vez instaurado el control(anorexia nerviosa) o el descontrol (bulimia nerviosa), las personas que padecen un TCA empiezan a :

Realizar cambios en su forma de pensar, sentir y comportarse

Estas transformaciones comportamentales , emocionales y relacionarles que sufren , junto con la salud precaria generada por sus conductas patológicas (dietas extremas, atracones , purgaciones , ejercicio excesivo)producen un gran dolor en el entorno familiar.

Implicación familiar.Trabajamos con vosotros

Los familiares podéis no comprender cómo vuestro hijo/a, anteriormente tan bien adaptado y tan sano, es ahora una persona difícil, testaruda a la que no le importa de una manera u otra arriesgar su vida o su salud.

La mayoría de familiares tenderéis a veros desbordados , importantes , frustrados , desgraciados por la situación y no tenéis mas remedio que aprender nuevas formas de relacionaros con vuestros hijos /as esperando que ello facilite una recuperación que, frecuentemente será ardua y lenta.

A lo largo de las sesiones de trabajo, se sugerirán ciertas transformaciones en las relaciones personales y familiares de los pacientes y sus familias.Nunca sustituirán el trabajo individual de enfermería y psiquiatra con cada uno de los pacientes.

A lo que os ayudamos es a identificar con mayor rapidez estos síntomas.

	BULIMIA NERVIOSA	**ANOREXIA NERVIOSA**
CONDUCTAS PATOLOGICAS	•Preocupación constante por la comida (calorías, dietas…) •Atracones : generalmente a escondidas y de alimentos "prohibidos" híper calóricos •Vómitos autoprovocados. •Abuso de laxantes.	•Conducta alimentaria restrictiva, evitando alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas. •Tendencia a los rituales de troceo y desmenuce de la comida. •Miedo intenso a engordar (ponderó fobia) •Temor a comer en sociedad, prefiriendo comer solas y a deshoras. •Hiperactividad (ejercicio excesivo). •Uso de laxantes y diuréticos.

BULIMIA NERVIOSA - ANOREXIA NERVIOSA

SIGNOS FISIOLOGICOS	•Inflamación de las parótidas e hipertrofia por los vómitos. •Rupturas vasculares en cara y bajo ojos, edemas- •Inexplicable perdida de piezas dentales. •Fatiga y dolores musculares. •Hernia de hiato, reflujo gastrointestinales y ulceras digestivas	•Perdida progresiva de peso en un periodo breve. •Amenorrea primaria con disminución de niveles de estrógenos. •Aumento de la sensibilidad al frío. Piel seca, caída de cabello, uñas quebradizas. •Osteopenia y Osteoporosis secundaria a restricción alimentaria y disminución de estrógenos. •Edemas por déficits proteicos o supresión de diuréticos que se auto administran. •Alteraciones Hematológicas: Anemias, leucopenia, linfocitosis por déficits vitamínicos.

CONCLUSIONES

Es importante no perder de vista a una persona con una o varias de estas conductas o síntomas realizados de manera repetida. Se trata de dar con el problema lo antes posible para comenzar a tratar sin que estos hábitos se hayan instaurado en la vida de esas personas.

Cada una de nuestras aportaciones e identificaciones de manera precoz ayudara a que el pronostico no sea peor de lo que pudiera si olvidáramos que tenemos una pequeña responsabilidad con los que nos rodean.

BIBLIOGRAFIA

1. Culbert KM, Racine SE, Klump KL. Research Review: What we have learned about the causes of eating disorders - A synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. J Child Psychol Psychiatry Allied Discip. 2015;56(11):1141–64.

BIBLIOGRAFIA:

2. Crispo R, Figueroa E, Guelar D. Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Barcelona: Gedisa ; 2005.
3. Cervera M. Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia .Barcelona: Martínez Roca; 1996.
4. Fornes J, Gómez J. Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera. Madrid: ENFO; 2008.

TEMA 51. PROGRAMA DE FORMACIÓN A ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA LA DETECCIÓN E INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS DE RIESGO SUICIDA.

JORDI URBIOLA CASTILLO

ANE FERNANDEZ BEARAN

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- PREVENCIÓN
- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- PROPUESTA DE MEJORA
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

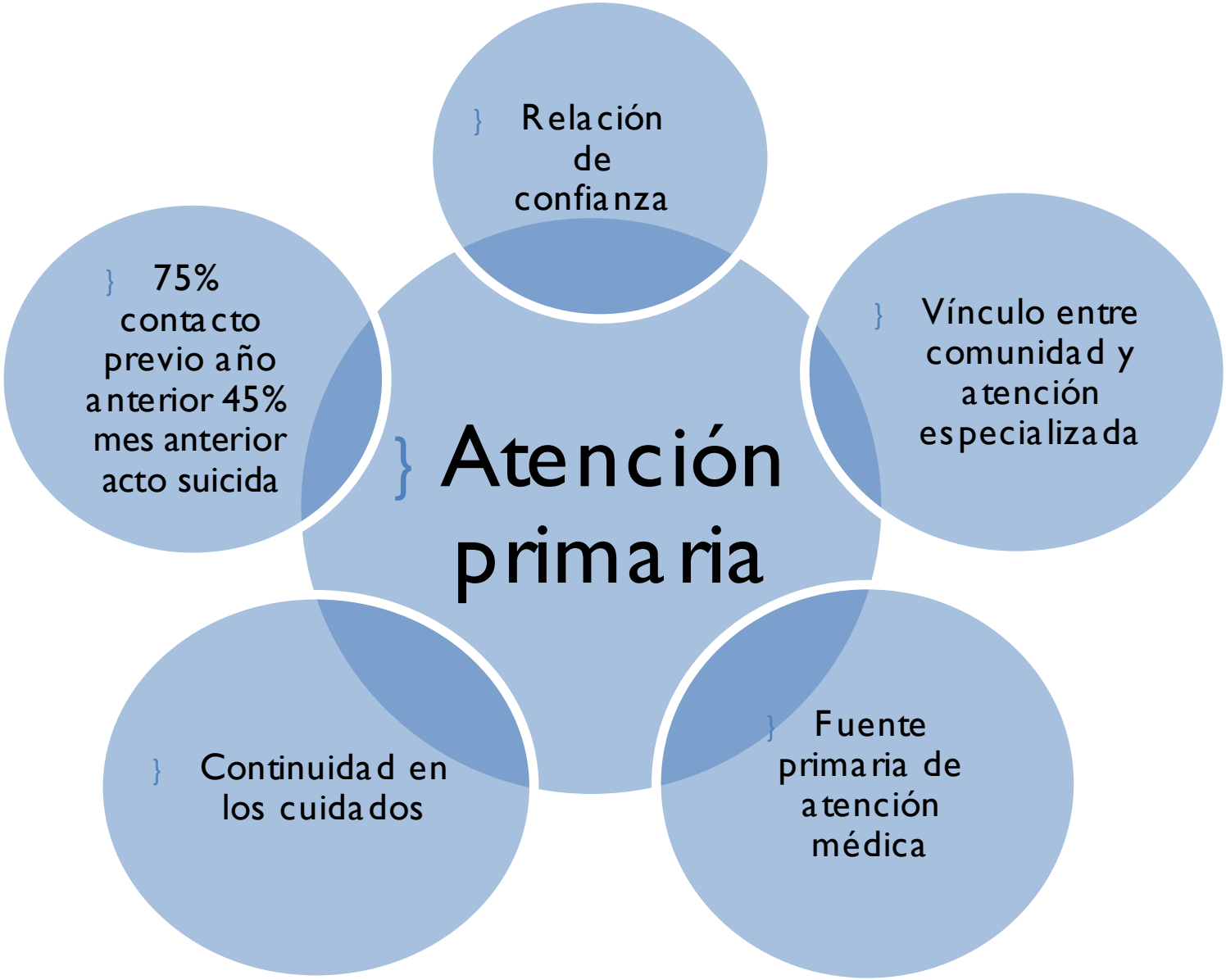
INTRODUCCIÓN

- SUICIDIO: Grave problema de salud pública. 1 millón de muertes anuales en todo el mundo.
- **España**: 3539 suicidios (año 2012). 11.3% más respecto al año anterior.
- Principal causa de muerte externa (7,6/100000 personas).
- **Navarra**: 48 suicidios (año 2012).

PREVENCIÓN

- Estrategia de Salud Mental 2009-2013 España: prevención del suicidio y evaluación de acciones específicas para disminuir tasas de suicidio en grupos de riesgo.
- Programa SUPRE OMS (1999): intervención de un equipo multidisciplinar para la prevención. Documentos dirigidos a diferentes profesionales:

  - Profesionales de Atención Primaria.
  - Profesionales Medios de Comunicación.
  - Docentes y personal Institucional.
  - Funcionarios de prisiones.
  - Bomberos, Policías y Socorristas.
  - Supervivientes de suicidios.


Relación de confianza
75% contacto previo año anterior 45% mes anterior acto suicida
Atención primaria
Vínculo entre comunidad y atención especializada
Continuidad en los cuidados
Fuente primaria de atención médica

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

- HIPÓTESIS:

Los profesionales de enfermería de Atención Primaria de la comarca de Pamplona tienen necesidades específicas de formación en torno a conductas suicidas.

- OBJETIVO PRINCIPAL:

Valorar las necesidades de conocimiento en el ámbito asistencial de AP en relación a la prevención y actuación de las conductas suicidas.

- OBJETIVOS SECUNDARIOS:
  - Diseñar un programa formativo para profesionales de enfermería de centros de AP de Pamplona que proporcione herramientas para la prevención y actuación ante conductas suicidas.
  - Mejorar la calidad asistencial de los pacientes con riesgo o conducta suicida
  - Reducir la tasa de suicidios respecto a los años anteriores.

METODOLOGÍA

- Búsqueda bibliográfica, bases de datos, repositorios y revistas:
  - Contextualización, fenomenología, incidencia y perfil de pacientes con ideación autolítica, intento de suicidio y suicidio consumado.
  - Programas de prevención a base de formación dirigida a los profesionales de atención primaria.

- Revisión de los DxE (diagnósticos de enfermería) registrados en el programa ATENEA.
  - **Riesgo suicida.**
  - **Riesgo de violencia autodirigida.**

- Cuestionario

RESULTADOS

Profesionales de Atención Primaria	• No están capacitados. • Necesidad de formación y programas de formación.
Formación médicos de atención primaria	• Una de las estrategias de prevención de las más importantes
Programas formativos personal de enfermería	• Mejoría competencias y actitudes en identificación y tratamiento de pacientes con conducta suicida.

PROPUESTA DE MEJORA

1ª parte

JUNIO 2014

- Coordinador investigación AP
- Supervisoras enfermería centros de AP

JULIO-NOVIEMBRE 2014

- Consulta DxE registrados en ATENEA
- Entrega cuestionario enfermeras

2ª parte

DICIEMBRE 2014- ENERO 2015

- Evaluación/modificación según resultados del cuestionario

FEBRERO- JUNIO 2015

- Puesta en marcha del programa formativo a las enfermeras

PROGRAMA FORMATIVO	SESIÓN 1	SESIÓN 2
AGENTES DE SALUD	Enfermero especialista en salud mental	Enfermero especialista en salud mental
HORA	De 13:30 a 15:30	De 13:30 a 15:30
LUGAR	Cada centro de salud de los seleccionados	Cada centro de salud de los seleccionados
DURACIÓN	2 horas	2 horas
RECURSOS MATERIALES	- Sillas - Ordenador - Pantalla - Proyector - USB (Power Point) - Casos clínicos - Folios - Bolígrafos	- Sillas - Ordenador - Pantalla - Proyector - USB (Power Point) - Escalas - Folios - Bolígrafos

CONTENIDO	- PRESENTACIÓN (5 min)
	- INTRODUCCIÓN (30 min)
	  - Definición suicidio
	  - Magnitud del problema
	  - F. Riesgo y F. Protectores
	- ABORDAJE Y EVALUACIÓN (30min)
	  - Entrevista clínica
	  - Casos clínicos (35 min)
	- RESUMEN Y DUDAS (20 min)
		- RESUMEN y APORTACIONES (10 min)
		  - Escalas Autoevaluación y heteroaplicadas (20 min)
		  - Recomendaciones CÓMO evaluar el riesgo (30 min)
		- CRITERIOS DERIVACIÓN (15 min)
		- OTRAS INICIATIVAS (35 min)
		  - ¿Qué hacer tras el intento?
		  - Ayuda a familiares. DUELO

CONCLUSIONES

- SUICIDIO: Importante problema de salud pública.
  - Gran impacto económico, psicológico y social.
  - Tercera causa de mortalidad en adultos jóvenes.
  - Una de las primeras causas de años de vida perdidos.
- Incremento en las tasas de suicidio en los últimos años.
- Atención primaria es el nexo entre el medio comunitario y los servicios de atención especializada. Papel de gran relevancia en la detección del riesgo de conductas suicidas.

CONCLUSIONES

- La falta de conocimientos y/o formación en el abordaje de pacientes en situación de riesgo impide la detección temprana y prevención primaria de este tipo de conductas.
- Programa de formación a enfermeras de atención primaria, junto con la dotación de herramientas de valoración del riesgo → detección + prevención.
- Estudios son escasos y los datos no son concluyentes, sería necesario una investigación más amplia y profunda para que los resultados fueran relevantes y generalizables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud; 2000 [accedido 14 de mayo 2014]. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

2. Atlanta (GA): Departament health & Human Services; Preventing Suicide. Program Activities Guide. [citado 15 mayo 2014]. Disponible en: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/preventingsuicide-a.pdf

BIBLIOGRAFIA

3. Ayuso-Mateos JL , Baca-García E, Bobes, J, Giner, J, Giner, L., Pérez V et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España.Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2012; 5(1), 8-23.

4. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas e informes de políticas. Informe del departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias Tóxicas de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht, (2004).

TEMA 52. LOS DILEMAS DE LA BIOÉTICA EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

JULIÁN PÉREZ GARCÍA
MARIO PARREÑO JAREÑO
MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA
Mª DOLORES PARDO IBÁÑEZ

ÍNDICE

1. Introducción y objetivos
2. Objetivos
3. Material y métodos
4. Resultados y discusión
5. Conclusiones
6. Referencias bibliográficas

1. Introducción

La práctica diaria de enfermería se desenvuelve en múltiples escenarios, y en este momento emergen dilemas éticos que exigen en estos profesionales un conocimiento adecuado de la bioética y el derecho sanitario.

El término bioética fue utilizado por primera vez en 1975 por el oncólogo norteamericano Van Ressenlaer, y se entiende como la disciplina que tiene por objeto analizar y resolver los problemas éticos que plantean las ciencias de la vida y del cuidado de la salud. Según establece posteriormente la UNESCO, es el estudio sistemático, pluralístico e interdisciplinario de las cuestiones morales teóricas y prácticas surgidas en las ciencias de la vida.

1. Introducción

El fundamento de la bioética son los derechos humanos, que desde un punto de vista teórico y conceptual se establecen en los cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress (1979):

- **Autonomía**: capacidad de las personas para autodeterminarse. El *individuo autónomo* es el que obra libremente en conformidad con un plan de acción que él mismo ha elegido.
- **Beneficencia**: cualquier acción humana llevada a cabo para beneficiar a otra persona. Muchos autores sostienen que beneficencia en sí mismo constituye una obligación moral.
- **No maleficencia**: obligación de no hacer daño intencionadamente. Se relaciona con la máxima hipocrática del "*primum non nocere*", y constituye el fundamento básico de todo orden moral.
- **Justicia**: distribución equitativa de los beneficios o las cargas e imparcialidad en su distribución. Según Aristóteles, casos iguales se deben tratar igualmente, y casos desiguales, desigualmente.

1. Introducción

- Los cuidados de calidad requieren de conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos propios del área; pero además, éstos deben de ser otorgados con un alto sentido ético como corresponde a la enfermería profesional.
- Por eso, en muchas ocasiones, parece haber una cierta distancia hacia estas cuestiones, cuando los dilemas éticos y legales y las consecuencias que se pueden derivar de la actuación del profesional pueden estar tan a la orden del día como cualquiera de las técnicas o cuidados de enfermería que podemos llegar a ver como más cercanos o comunes.
- Ante estas situaciones la enfermera tiene la obligación de conocer los códigos éticos y deontológicos de la profesión; las cuestiones básicas de información y consentimiento, los principios bioéticos y cómo hacerlos valer en la práctica; los derechos y deberes de pacientes y profesionales, la legislación vigente; y, sobre todo, debe estar plenamente convencida de los valores profesionales; así como de sus convicciones personales.

1. Introducción

Si bien podemos encontrar amplia bibliografía respecto a la bioética y al derecho sanitario, no son muchos los estudios acerca de la realidad de estos temas en nuestros profesionales. Estos estudios presentan algunas limitaciones, como son:

- Los trabajos de carácter similar son escasos y referidos a unidades concretas.
- La limitación de contenidos en algunos de los cuestionarios, dejando de preguntar temas tan importantes del derecho sanitario relacionados con información clínica, consentimiento informado, o derechos y deberes de pacientes y profesionales, entre otros.
- Centrarse sumamente en los conocimientos, sin estudiar la opinión y percepción de diversas cuestiones en la práctica clínica diaria de enfermería.
- La no representatividad de todos los profesionales a través de las distintas unidades funcionales de enfermería.
- Un análisis cuantitativo en muchos de los casos.

2. Objetivos

- Este trabajo persigue un doble objetivo. Por una parte, evaluar los conocimientos de los profesionales de enfermería en materia de bioética y derecho sanitario, y por otra, conocer su opinión sobre la aplicación de estas materias en la práctica enfermera.
- Además, nos proponemos identificar sus carencias y aquellas áreas de mejora, recogiendo sus propuestas para proponer soluciones a tales vacíos.
- Pregunta de investigación, ¿cuáles son los conocimientos y opiniones que tienen, sobre bioética y derecho sanitario, los profesionales de enfermería de Albacete?

3. Material y método

- Se planteó un estudio observacional descriptivo de carácter transversal, y como herramienta se usó un cuestionario "*ad hoc*", titulado "*Evaluación y valoración de conocimientos y opiniones sobre bioética y derecho sanitario en los profesionales de enfermería del Complejo Hospitalario de Albacete*", con un total de 22 preguntas repartidas en dos bloques. Un bloque A (conocimientos) y un bloque B (opinión). Se midieron también las siguientes variables de cada uno de los encuestados para obtener posteriormente las conclusiones: *edad, sexo, años de experiencia, unidad funcional de enfermería en la que trabajan, formación específica en bioética/derecho sanitario, y conocimiento del Comité de Ética Asistencial del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*
- Se utilizó una escala de Likert para medir la mayoría de las cuestiones.

3. Material y método

- La población de estudio fueron los profesionales de enfermería del Hospital General Universitario de Albacete (HGA), perteneciente al SESCAM, de aquellas áreas funcionales de enfermería en las que tienen un contacto directo con el paciente, es decir, las áreas médica, quirúrgica, materno-infantil, y de urgencias y cuidados críticos. Fueron por tanto excluidos del estudio los profesionales de consultas externas, radiología, laboratorios y farmacia.
- El HGA cuenta con una plantilla de 752 enfermeras más 107 eventuales. La muestra para hacer dicho cuestionario fue de 150 enfermeras.

3. Material y método

- Los criterios de inclusión en el estudio fueron los enfermeros que, de manera aleatoria, trabajaban en el turno de mañana durante cada uno de los días que duró el estudio, y en las unidades antes definidas.
- La entrega de la encuesta fue individualizada, al principio del turno, con recogida al final del mismo, e indicando el lugar en el que se tenía que depositar. A cada uno de los participantes se les informó de los objetivos del estudio, tanto en la propia encuesta de forma escrita, como verbalmente en el momento de la entrega, y también se informó de su carácter anónimo y voluntario. De la misma manera se pidió su consentimiento para que los datos recogidos formaran parte del estudio.
- Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el paquete estadístico IBM Statistics SPSS 19.

4. Resultados y discusión

- El estudio cuenta con una alta tasa de respuesta, superior a estudios similares, debida probablemente a la entrega individualizada de la encuesta y a la explicación por escrito y personalmente de sus objetivos.
- Son muy pocos los profesionales de enfermería que tienen formación específica en bioética y/o derecho sanitario, y sólo una mínima parte conoce el Comité de ética asistencial.
- La no formación específica y el desconocimiento del Comité de ética se relaciona, salvo en alguna excepción comentada en el apartado de resultados, con un menor índice de conocimiento, tanto de la bioética como del derecho sanitario, siendo el área donde trabaja el enfermero escasamente determinante en relación con el índice o nivel de conocimientos en estas materias.
- El principio bioético más conocido es el principio de autonomía. Respecto a los estudios publicados, coincide con el estudio llevado a cabo en el Hospital de Veracruz (México), aunque dista de lo publicado por el Hospital pediátrico William Soler (Cuba), donde era de los menos conocidos. Le siguen los principios de beneficencia y no maleficencia, y, por último, el menos conocido es el principio de justicia.

4. Resultados y discusión

- Del resto de cuestiones del bloque de conocimientos encontramos porcentajes de acierto notables en lo que llamamos relaciones asistenciales, siendo los temas referidos al consentimiento informado en los que mayor índice de conocimiento hay, seguido del deber de secreto profesional y la información clínica.
- Sin embargo, en los temas referentes a las distintas edades sanitarias el acierto disminuye de manera considerable.
- En el bloque de opinión encontramos división de criterios respecto a que en el ámbito sanitario siempre se respete la dignidad e intimidad del paciente y a que el consentimiento se recoja de forma adecuada y esté siempre garantizado. La gran mayoría afirma que tiene en cuenta lo que el paciente quiere saber acerca de su enfermedad, si bien el acuerdo disminuye cuando se les pregunta si tienen en cuenta la opinión del paciente por encima de su propia opinión o la de terceros.
- Casi unanimidad respecto de que la práctica de enfermería conlleva la aparición de dilemas y conflictos éticos y al hecho de que se recojan determinadas opiniones del paciente en el documento de voluntades anticipadas.

5. Conclusiones

- Los profesionales de enfermería del HGA tienen conocimiento sobre la mayoría de los temas de la bioética y el derecho sanitario –principio de autonomía, información, consentimiento, deber de secreto profesional y derechos de profesionales- , y deben mejorarlo en otros, como principio de justicia, edades sanitarias y derechos de pacientes.

- La mayoría, un 78%, reconoce que no tiene formación específica como cursos o máster en bioética y derecho sanitario.

- La formación continuada en estas materias se identifica como una necesidad.

- Sólo uno de cada tres conoce el Comité de ética asistencial.

5. Conclusiones

- El principio de autonomía se identifica con que la mayoría tiene en cuenta la opinión del paciente, si bien llevado a la práctica el grado de acuerdo disminuye. Obrar en consecuencia no es igual que tenerlo en cuenta.

- La mitad de los encuestados opina que no siempre se respeta la dignidad e intimidad del paciente en el ámbito sanitario.

- La práctica de enfermería conlleva la aparición de dilemas y conflictos éticos.

- Cumplir órdenes que no se comparte profesionalmente es el principal dilema ético de los profesionales de enfermería del HGA.

6. Referencias bibliográficas

(1) Baltazar Corro Claudia I, García de León Rubí E. Nivel de conocimientos bioéticos en el personal de enfermería de un hospital del sureste de Veracruz. [Tesis doctoral]. Veracruz, 2009.

(2) Molina Bartumeus A. Conocimiento y aplicación de los principios éticos y deontológicos por parte de los psicólogos forenses expertos en el ámbito de familia. [Tesis doctoral]. Barcelona, 2011.

(3) González-Treviño JL. Historia y evolución de la bioética. [Monografía en internet]. Monterrey, México; 2007. Disponible en: *http://www.slideshare.net/drjuanluis/historia-y-evolucin-de-la-biotica*

(4) Cortés Monedero JL. Presentación del Comité de Ética Asistencial [video en internet]. Albacete; 2009. Disponible en: *http://www.chospab.es/mediateca/videos/32/presentacin-del-comit-de-tica-asistencial*

(5) Constitución Española de 1978, artículos 15 y 43. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29/12/1978).

(6) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado, nº 280, (22/11/2003).

(7) 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. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15/11/2002).

(8) Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. Boletín Oficial del Estado, nº 248, (13/10/2010).

6. Referencias bibliográficas

(9) Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (09/11/2001).

(10) Piqueras Ramos C. Guía docente asignatura ética y legislación curso 2012/2013. Grado en Enfermería Universidad de Castilla-La Mancha. Albacete, 2012.

(11) Cortina A. Ética de las profesiones. El País. Viernes, 20 de febrero de 1998. Disponible en: *http://elpais.com/diario/1998/02/20/opinion/887929205_850215.html*

(12) Alba-Leonel A, Salcedo-Álvarez RA, Zarza-Arizmendi MD. La enseñanza de la ética en enfermería como un coadyuvante en la calidad del cuidado. Rev CONAMED. 2008; 13; (4): 39-42.

(13) Zabala-Blanco J, Alconero-Camarero AR, Casáus-Pérez M, Gutiérrez-Torre E, Saiz-Fernández G. Evaluación de aspectos de bioética en los profesionales de la salud. Enferm Clínica. 2007; 17 (2): 56-62.

(14) Sánchez Jacob M, Martínez González C, Riaño-Galán I. Evaluación de los conocimientos legales y éticos de los profesionales sanitarios en relación con el adolescente. Rev Pediatr Aten Primaria. 2008; 10: 443-456.

(15) Gutierrez E, Paez C. Conocimiento sobre los aspectos ético-legal del personal de enfermería que labora en la unidad de emergencia del Hospital Central Universitario “Dr Antonio Medina Pineda”. Barquisimeto, 2003.

TEMA 53. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HIPERPOTASEMIA.

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- DESCRIPCIÓN DEL CASO
- EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- JUICIO CLÍNICO
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- COMENTARIO FINAL
- BIBLIOGRAFÍA

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 82 años sin alergias conocidas con antecedentes de hipertensión, dislipemia, enfermedad renal crónica (estadío G3bA1), cardiopatía hipertensiva y extrasístoles ventriculares, en tratamiento con estatinas, betabloqueantes, protector gástrico y antagonista del calcio, presenta hiperpotasemia leve, 5,4 mEq/L, de 3 años de evolución. Se plantean en la consulta las posibles causas, en primer lugar la farmacológica, el IECA, es sustituido por un antagonista del calcio, pero persiste. Otra posible causa farmacológica, es el betabloqueante pero la hiperpotasemia apareció un año antes del inicio de éste. La insuficiencia renal, es otra alternativa, pero es leve. De causa hormonal pero la ACTH y el cortisol son normales. Y por último la dieta, se recomendó una dieta pobre en potasio, y en la siguiente revisión los niveles se normalizaron.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Bioquímica: glucosa 93. Urea 55. Creatinina 1.24. Na 146. K 5.4. Metabolismo lipídico, enzimas, hemograma y sistemático de orina y sin alteraciones. FG 52,75 ml/min. Hormonas: ACTH basal 8,1 pg/ml. Cortisol 15,1 pg/ml. Ecografía renal: quiste de 8x6 cm cortical de contorno polilobulado, bien definido, sin calcificaciones. Conclusión:quiste tipo 2 de Bosniak.

JUICIO CLÍNICO

Hiperpotasemia secundaria a dieta rica en potasio en insuficiencia renal leve.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Hiperpotasemia ficticia: hemolisis de una muestra de sangre, trombocitosis >900.000, y leucocitosis >70.000. Alteración del transporte del potasio al interior de las células: acidosis metabólica, déficit de insulina y aldosterona, bloqueo del receptor B2 adrenérgico y bloqueo del sistema RAA, Liberación excesiva en células: rabdomiolisis síndrome de lisis tumoral, sepsis, corrección rápida de hipotermia, hipertermia maligna

COMENTARIO FINAL

No hay relación directa entre la aparición e intensidad de la clínica y severidad de la hiperpotasemia, cuando la instauración es lenta, no hay síntomas a pesar de alcanzar niveles muy elevados >7 mmol/l. La hiperpotasemia disminuye el potencial de reposo de membrana alterando la formación y propagación de estímulos. Las alteraciones de los miocitos y neuronas van desde debilidad o parálisis hasta arritmias y paro cardiaco. La causa más frecuente, es la farmacológica en personas con insuficienica renal crónica.

BIBLIOGRAFÍA

- UpToDate, Rose,BD (Ed), UpToDate, Wellesley, MA, 2013. Manual de terapéutica médica Washington. 9na. edición. Ed. Masson 2015.

TEMA 54. PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN EL ÁREA QUIRÚRGICA.

CINTIA PUEYO BOROBIA
CARLA PUEYO BOROBIA

ÍNDICE

1. Contexto clínico
2. Búsqueda bibliográfica
3. Seleccionar los cinco artículos más relevantes
4. Redactar cinco preguntas
5. Localizar tres guías: una muy buena, una mejorable y una mala.

1. CONTEXTO CLÍNICO

- La infección del sitio quirúrgico es la infección nosocomial más frecuente entre los pacientes quirúrgicos. Es la causa del fallecimiento de un elevado porcentaje de los pacientes quirúrgicos y supone un significativo incremento en la estancia hospitalaria de dichos pacientes y, a su vez, un mayor coste.

- Los factores que pueden influir en la aparición de una infección del sitio quirúrgico pueden ser atribuibles tanto al propio paciente como a la preparación de la intervención, a las características del acto quirúrgico o a los cuidados postoperatorios

2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

- Pubmed

#1	Search **mask surgery**	5222
#2	Search **prevention infection**	158067
#3	Search **(#1) AND #2**	132
#4	Search **(#1) AND #2** Limits: **only items with links to free full text, English, Spanish**	15
#6	Search **(#1) AND #2** Limits: **only items with links to free full text, English, Spanish, published in the last 10 years**	8
#8	Search **(#1) AND #2** Limits: **English, Spanish, published in the last 10 years**	50
#15	Search **shaving hair**	318
#16	Search **surgical site infection**	10303
#17	Search **(#16) AND #15**	20

#19	Search **surgical handwashing** Limits**: only items with links to free full text, English, Spanish, published in the last 10 years**	**56**
#20	Search **(#19) AND #2** Limits: **only items with links to free full text, English, Spanish, published in the last 10 years**	36
#22	Search **preoperative shower** Limits: **only items with links to free full text, English, Spanish, published in the last 10 years**	2
#23	Search **preoperative washing** Limits: **only items with links to free full text, English, Spanish, published in the last 10 years**	8
#25	Search **(#23) AND #2** Limits: **only items with links to free full text, English, Spanish, published in the last 10 years**	1
#26	Search **antibiotic prophylaxis** Limits: **only items with links to free full text, English, Spanish, published in the last 10 years**	1231
#27	Search **(#26) AND #2** Limits: **only items with links to free full text, English, Spanish, published in the last 10 years**	578

3. SELECCIONAR 5 ARTÍCULOS

1. Lipp A., Edwards P. Disposable surgical face masks: a systematic review. Canadian Operating Room Nursing Journal. 2005; 23(3):20-1,24-5,33-8.

2. Tanner J, Woodings D, Moncaster K. Eliminación preoperatoria de vello para reducir la infección del área quirúrgica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

3. Jarral O.A, McCormack D.J, Ibrahim S., Shipolini R.A. Should surgeons scrub with chlorhexidine or iodine prior to surgery? Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery. 2011; 12: 1017–1021

4. Tanner J., Gould D., Jenkins P., Hilliam R., Mistry N., Walsh S. A fresh look at preoperative body washing. Journal of Infection Prevention. 2012; 13(1): 11–15.

5. Setiawan B. The Role of Prophylactic Antibiotics in Preventing Perioperative Infection. Acta Med Indones-Indones J Intern Med. 2011; 43(4): 262-6.

3.1. Disposable surgical face masks: a systematic review

- Las mascarillas se utilizan como una barrera protectora entre el equipo quirúrgico y el paciente, pero el papel de la mascarilla quirúrgica como medida eficaz en la prevención de infecciones de la herida quirúrgica es cuestionable.
- El objetivo de la revisión sistemática de este estudio es identificar y revisar todos los ECAs que evaluaron las mascarillas quirúrgicas desechables usadas por el equipo quirúrgico durante la cirugía limpia para prevenir la infección postoperatoria de la herida quirúrgica.
- Las conclusiones que se extraen de estos resultados es que no está claro si el uso de mascarillas quirúrgicas produce algún daño o beneficio al paciente sometido a cirugía limpia en cuanto a las tasas de infecciones quirúrgicas.

3.2. Eliminación preoperatoria de vello para reducir la infección del área quirúrgica

- La preparación de los pacientes para una cirugía ha incluido tradicionalmente la retirada habitual del vello corporal del sitio donde se realizará la herida quirúrgica. Sin embargo, existen estudios que afirman que la eliminación preoperatoria de vello es nociva para los pacientes, y puede causar infecciones en el campo quirúrgico (ICO), por lo que no debe ser realizada.
- El objetivo primario de esta revisión fue determinar si la eliminación preoperatoria habitual de vello provoca menos ICQ que no eliminar el vello.
- Las conclusiones de los autores fueron que según las pruebas no hay diferencias en las ICQ entre los pacientes a los que se les eliminó o no el vello antes de la cirugía.

3.3. Should surgeons scrub with chlorhexidine or iodine prior to surgery?

- El objetivo de este estudio es conocer que antiséptico es mejor para realizar el lavado quirúrgico de las manos con el fin de disminuir la infección por microorganismos, si el gluconato de clorhexidina o la povidona yodada.
- En la búsqueda bibliográfica se encontraron 593 documentos de los cuales 8 representaban la mejor evidencia para responder a la pregunta. Los resultados de este estudio demuestran que la clorhexidina y la povidona yodada reducen las bacterias después del lavado quirúrgico de las manos pero el efecto de la clorhexidina es más duradero.
- A pesar de esto, no hay evidencia científica de que el lavado de manos con clorhexidina disminuye las infecciones por lo que en la práctica del lavado quirúrgico de manos no se recomienda un antiséptico sobre otro.

3.4. A fresh look at preoperative body washing

- El concepto de “limpieza corporal preoperatoria” basado en el lavado con una solución antiséptica antes de la cirugía, se introdujo hace 30 años con el objetivo de disminuir la carga bacteriana de la piel, y finalmente, la reducción de infecciones endógenas del sitio quirúrgico.
- Los participantes recogieron muestras con hisopos antes de lavarse el cuerpo, inmediatamente después de la ducha y a las cuatro y seis horas. Estas muestras fueron tomadas en la nariz, ingle y axilas.
- Este ensayo muestra que el lavado preoperatorio con clorhexidina u octenidina es más eficaz que el jabón en la reducción de UFC. Este efecto se ve inmediatamente después de la ducha y seis horas después de la misma. También se demostró que la clorhexidina es más eficaz que el octenidina aunque sólo en el caso de la ingle.

3.5. The Role of Prophylactic Antibiotics in Preventing Perioperative Infection

- La infección quirúrgica es uno de los problemas más frecuentes, lo cual, desencadena mayor estancia hospitalaria, costes y tasas de morbilidad y mortalidad. Para prevenir la infección del sitio quirúrgico, la profilaxis antibiótica es una de las modalidades más importantes.
- Se ha demostrado en algunos ensayos clínicos que la administración de profilaxis antibiótica reduce significativamente la incidencia de la infección del sitio quirúrgico hasta cuatro veces.
- El antibiótico se debe administrar antes de la incisión con el fin de reducir la contaminación de bacterias durante la cirugía.

4. REDACTAR 5 PREGUNTAS

- ¿Hay diferencias en cuanto a la tasa de infección cuando se utilizan mascarillas en cirugía limpia o sucia?
- ¿Con qué instrumento se debe rasurar el vello para prevenir infecciones?
- Para disminuir la infección por microorganismos, ¿el lavado quirúrgico de manos debe ser con povidona-yodada o clorhexidina?
- Para disminuir la infección por microorganismos, ¿La ducha prequirúrgica debe realizarse con jabón o con antisépticos?
- Para prevenir la infección por microorganismos, ¿cuándo hay que administrar la profilaxis antibiótica?

4.1. ¿Hay diferencias en cuanto a la tasa de infección cuando se utilizan mascarillas en cirugía limpia o sucia?

BUENA. Dos estudios cuasi-aleatorizados muestran que no hay diferencia en la tasa de IHQ cuando se utilizan mascarillas en cirugía limpia o sucia (Lipp 02). **CALIDAD ALTA**.

4.2. ¿Con qué instrumento se debe rasurar el vello para prevenir infecciones?

- **BUENA**.
  - Se producen menos IHQ después de rasurar el vello con maquinilla o crema depilatoria que con cuchilla.
  - No hay suficiente evidencia para determinar si el momento del rasurado preoperatorio con cuchilla o maquinilla afecta la incidencia de IHQ. Se propone que el rasurado se realice el mismo día de la intervención.
  - El uso de cuchilla se asocia con más IHQ que cualquier otro método de rasurado del vello. **CALIDAD ALTA.**
- **MEJORABLE.**
  - Para eliminar el vello utilice maquinilla eléctrica con cabeza de un solo uso el día de la cirugía.
  - No use cuchillas para eliminar el vello, ya que aumentan el riesgo de infección del sitio quirúrgico **[EL = 1+]**

4.3.Para disminuir la infección por microorganismos, ¿el lavado quirúrgico de manos debe ser con povidona-yodada o clorhexidina?

BUENA. No existe diferencia en la incidencia de IHQ entre usar una solución acuosa de alcohol al 75% con una solución acuosa de povidona yodada al 4% o clorhexidina al 4% para el lavado quirúrgico de las manos (Parienti 02). **CALIDAD ALTA**.

4.4. Para disminuir la infección por microorganismos, ¿La ducha prequirúrgica debe realizarse con jabón o con antisépticos?

- **BUENA**. La ducha preoperatoria con clorhexidina es tan efectiva como la ducha con jabón para la prevención de la IHQ (Webster 07). Ésta debería realizarse como mínimo la noche anterior a la intervención. **CALIDAD ALTA**.

- **MEJORABLE**. Los pacientes deben ducharse con jabón el día antes de la intervención o el mismo día. **[EL = 1+]**

4.5. Para prevenir la infección por microorganismos, ¿cuándo hay que administrar la profilaxis antibiótica?

- **BUENA**.
  - La administración profiláctica de antibióticos demasiado tarde (Classen 92) o demasiado temprano reduce su eficacia y puede aumentar el riesgo de IHQ (Baum 81, Donovan 79, Willis 76, Winslow 83).
  - Los antibióticos profilácticos endovenosos deberían darse entre los 30 y 60 minutos antes de la incisión

  CALIDAD ALTA.

4. LOCALIZAR 3 GUÍAS

- **BUENA**: Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico

  - En www.guiasalud.es Catálogo de Guías de Práctica Clínica pág. 8
  - La guía que se presenta a continuación la consideramos buena por varias razones.

- **Alcance y objetivos**
  - El objetivo de la guía es muy claro
  - Las preguntas para responder y recomendaciones clave están expuestas en un resumen
  - Los pacientes a los que se pretende aplicar la guía están bien definidos.

- **Participación de los implicados**
  - Los profesionales que participan en alguna fase del proceso de elaboración de las guías se nombran desde la página 9 a la 11
  - La guía se dirige a todo aquel profesional sanitario que desarrolla su actividad en un quirófano, principalmente cirujanos, anestesiólogos y personal de enfermería, todos ellos implicados en el proceso del cuidado perioperatorio de los pacientes sometidos a cirugía.

- **Rigor en la elaboración**
  - Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
  - Se han descrito los criterios para seleccionar la evidencia
  - En esta Guía se siguieron las directrices del grupo de trabajo GRADE. La Guía contempla un tipo de recomendaciones para aquellos casos en los que, a pesar de no disponer de pruebas científicas concluyentes se considera una actuación de buena práctica clínica su puesta en práctica.
  - Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios y riesgos.
  - Hay relación explicita entre cada una de las recomendaciones, evidencias y referencias en las que se basan.
  - La guía ha sido revisada por expertos externos.

- **Claridad y presentación**
  - Las recomendaciones ofrecen una descripción concreta y precisa.
  - Las posibles opciones que se podrían optar dentro de cada recomendación están presentadas.
  - Las recomendaciones clave considero que están debidamente resumidas en un recuadro al final.
  - Existe un plan detallado para implantar la guía.

- **Aplicabilidad**
  - Han sido considerados los costes potenciales.

- **Independencia editorial**
  - Se han registrado claramente los conflictos de intereses de los miembros del grupo de desarrollo.

- **MEJORABLE**: Clinical Guideline. Surgical Site Infection: prevention and treatment of surgical site infection.

  - En http://www.nice.org.uk/ Find Guidance Guidance by type Clinical Guidelines Pág. 7

  - La guía que se presenta a continuación consideramos que es mejorable por varias razones.

- **Alcance y objetivos**
  - El objetivo de la guía no es muy claro.
  - Los pacientes a los que se pretende aplicar la guía no están definidos.

- **Participación de los implicados**
  - No ha sido previamente probada, antes de su publicación, para su posterior validación entre los usuarios finales. Debería de haber sido probada en una o varias unidades médico-quirúrgicas.

- **Rigor en la elaboración**
  - Los niveles de evidencia se han establecido según el tipo de estudios: meta-análisis, caso-control y de cohorte. Sin embargo, no se especifica cómo se han resuelto las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia.
  - La guía ha sido revisada externamente al comienzo y en la etapa final, pero no especifica por quién.
  - La revisión se hará dentro de 4 años pero no especifica cómo ni quién realizará la actualización cuando sea necesario.

- **Claridad y presentación**
  - Las recomendaciones clave considero que están debidamente resumidas en un recuadro al final de cada tema. Sin embargo, de la página 8 a la 14 están todas las recomendaciones que presenta la guía pero no son fáciles de ver, sería mejor si estuvieran en una tabla o destacando colores.
  - No describe si existe un plan detallado para implantar la guía.

- **Aplicabilidad**
  - No se especifica que la aplicación de las recomendaciones pueda requerir cambios en la actual organización.
  - La guía no especifica criterios de revisión claros.

- **MALA:** Guía para la prevención de la infección del sitio operatorio (ISO)

  - En www.google.es google académico, guía clínica infección del sitio quirúrgico.

  - La guía que se presenta a continuación consideramos que es mala por varias razones.

- **Alcance y objetivos**
  - Las recomendaciones clave no están expuestas detalladamente.
  - Los pacientes a los que se pretende aplicar la guía no están definidos.

- **Participación de los implicados**
  - Los profesionales que participan en alguna fase del proceso de elaboración de las guías se nombran en la página 1. Sin embargo, no específica cual es la profesión de cada uno.
  - No se especifica si se han tenido en cuenta los puntos de vista de los pacientes.
  - No especifica a los usuarios a los que va dirigido esta guía.
  - No especifica si ha sido previamente probada, antes de su publicación, para su posterior validación entre los usuarios finales. Debería de haber sido probada en una o varias unidades médico-quirúrgicos.

- **Rigor en la elaboración**
  - No se especifica si han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
  - No se han descrito los criterios para seleccionar la evidencia.
  - En esta Guía no hay una descripción de los métodos utilizados para formular las recomendaciones.
  - Hay relación explicita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan, pero no detalla las referencias en todas las recomendaciones.
  - La guía no especifica si ha sido revisada por expertos externos.
  - A pesar de que la guía describe que debe ser revisada de forma multidisciplinaria por todos los servicios quirúrgicos en conjunto con la unidad de infecciosos y la administración de los hospitales, no especifica cuando es su próxima actualización ni cómo la realizará.

- **Claridad y presentación**
  - Esta Guía se debe insertar en las políticas de aseguramiento de la calidad y el comité de drogas del hospital. No especifica un plan detallado para implantar la guía.

- **Aplicabilidad**
  - No han sido considerados los costes potenciales.
  - La guía no especifica criterios de revisión claros que se derivan de las recomendaciones clave presentes en la misma.

- **Independencia editorial**
  - La guía es editorialmente independiente de la entidad financiadora.
  - No se han registrado los conflictos de intereses de los miembros

TEMA 55. BULLYNG.

TERESA LÓPEZ ARTEAGA
PEDRO PADILLA ROMERO
CARLOTA MARTÍN ROMERO

ÍNDICE

- CONCEPTO
- DATOS
- CARACTERÍSTICAS
- TIPOS
- PROCESO DE DESARROLLO
- PARTICIPANTES
- PERFIL DE AGRESORES Y VÍCTIMAS
- CONSECUENCIAS
- COMPORTAMIENTO SUICIDA
- INDICADORES
- ACTUALIDAD
- SOLUCIONES
- BIBLIOGRAFÍA

CONCEPTO

Surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí misma un malestar generalizado en caso todo el mundo. La definición de un acontecimiento traumático incluye también el suceso que está dentro de una experiencia humana normal.

Los síntomas pueden variar según la etapa del desarrollo en la que se encuentre el niño y la naturaleza del suceso.

Es posible que en escolares no se presenten amnesia, bloqueos o *flashback.*

Son frecuentes las alteraciones del sueño.

CONCEPTO

Literalmente, del inglés, "bully" significa matón o agresor. En este sentido se trataría de conductas que tienen que ver con la intimidación, tiranización, aislamiento, amenaza, insultos, sobre una víctima o víctimas señaladas.

El primer autor que definió este fenómeno fue Olweus): " *un alumno es agredido o se convierte en víctima cuando está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas que lleva a cabo otro alumno o varios de ellos."*

La palabra "bullying" se utiliza para describir diversos tipos de comportamientos no deseados por niños y adolescentes, que abarcan desde esas bromas pesadas, el ignorar o dejar deliberadamente de hacer caso a alguien, los ataques personales, e incluso los abusos serios.

CONCEPTO

- A veces es un individuo quien hace el "bullying", o un grupo (pandilla). Lo más importante no es la acción en sí misma, sino los efectos que produce entre sus víctimas.
- Por tanto, estas situaciones de acoso, intimidación o victimización son aquellas en la que un alumno o alumna está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas que lleva a cabo otros compañeros. Por acciones negativas entendemos tanto las cometidas verbalmente o mediante contacto físico, como las psicológicas de exclusión.

CONCEPTO

- Tipos de manifestaciones de maltrato por abuso de poder
  entre iguales contemplados en el estudio epidemiológico
  incluido en el informe del Defensor del Pueblo-UNICEF (2000)
  - Exclusión social
  - Agresión verbal
  - Agresión física indirecta
  - Agresión física directa
  - Amenazas
  - Acoso sexual

CONCEPTO

- Ignorar
- No dejar participar
- Insultar
- Poner motes ofensivos
- Hablar mal de otro a sus espaldas
- Esconder cosas de la víctima
- Romper cosas de la víctima
- Robar cosas de la víctima
- Pegar
  Amenazar sólo para meter miedo
- Obligar a hacer cosas con amenazas (chantaje)
- Amenazar con armas (cuchillo, palo)
- Acosar sexualmente con actos o comentarios

DATOS

- Casi un 6% de los alumnos españoles han vivido en sus propias carnes el fenómeno conocido como "Bullying": que convierte a algunos escolares en víctimas de sus propios compañeros.
- El 90% son testigos de una conducta de este tipo en su entorno,
- El 30% han participado en alguna ocasión ya sea como víctima o como agresor
- Entre el 25 y el 30% de los estudiantes de primer ciclo de ESO afirma haber sido víctima alguna vez de agresiones.

DATOS

- El 5,6% es actor o paciente de una intimidación sistemática
- El 34.6% de los alumnos reconoce que no pediría consejo a su profesor en caso de encontrarse en una situación de violencia
- Sólo 1 de cada 3 de los que lo sufren son capaces de denunciarlo (33%)
- El 37% cree que no devolver los golpes les convierte en cobardes.
- El 40% de los pacientes psiquiátricos fue víctima de un «matón» en el colegio.

CARACTERÍSTICAS

Para poder hablar de acoso escolar, deben estar presentes las siguientes características:

•Debe existir una víctima indefensa atacada por un abusón o grupo de matones.

•Presencia de desigualdad de poder (desequilibrio de fuerzas), entre el más fuerte y el más débil. Es una situación desigual, de indefensión para la víctima.

•Existencia de una acción agresiva repetida, durante un período largo de tiempo y de forma recurrente.

•La agresión crea en la víctima la expectativa de poder ser blanco de ataques nuevamente.

•La Intimidación se refiere a sujetos concretos, nunca al grupo.

•La intimidación se puede ejercer en solitario o en grupo.

TIPOS

Podemos hablar de distintos tipos de acoso escolar, con frecuencia aparecen varios tipos de forma simultánea.

- **Físico:** empujones, patadas, agresiones con objetos,..etc. Se da con más frecuencia en Primaria que en Secundaria.
- **Verbal**: es el más habitual. Insultos y motes principalmente, también menosprecios en público, resaltar defectos físicos,...
- **Psicológico:** minan la autoestima del individuo y fomentan su sensación de temor.
- **Social:** pretende aislar al joven del resto del grupo y compañeros.

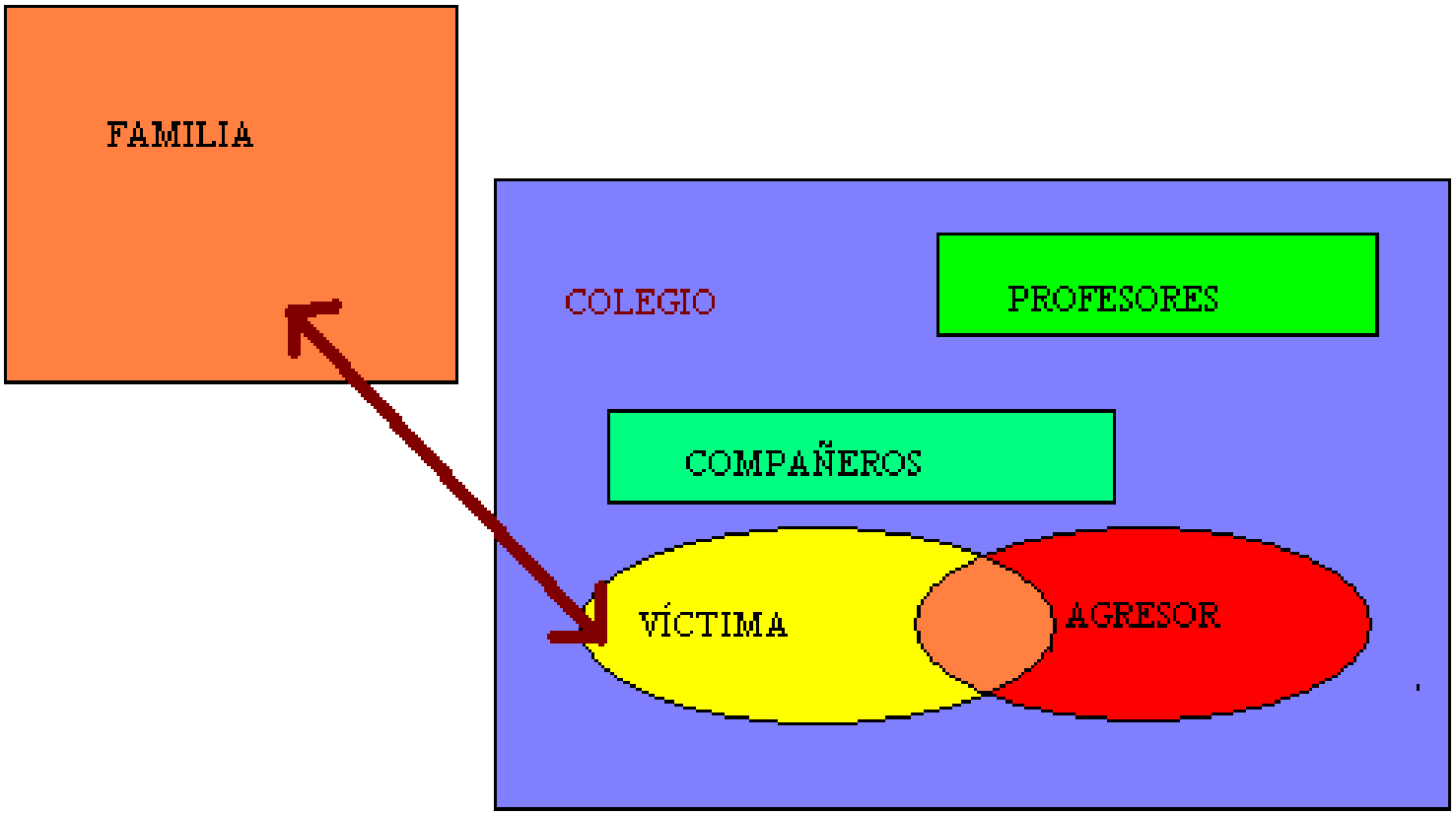
PROCESO DE DESARROLLO

- El Acoso Escolar, en el que están implicados el acosador, la víctima y los espectadores es un proceso dinámico en el que se pueden diferenciar algunas etapas:
- En un primer momento el acosador puede comenzar a fijar objetivos potenciales de acoso mientras que los componentes del grupo se van posicionando frente a posibles ataques.
- Pronto el acosador pasa a realizar pequeñas intimidaciones que no son afrontadas eficazmente por la víctima, mientras que los espectadores o bien apoyan o se desentienden de las primeras agresiones.

PROCESO DE DESARROLLO

- Comienza la agresión física, con la victima sufriendo las consecuencias, y los espectadores sufriendo en general impotencia y culpabilidad.
- La gravedad de las agresiones va aumentando paulatinamente con un sentimiento de desesperación y derrumbamiento de la autoestima de la víctima, mientras los espectadores se terminan decantando entre los que lo ignoran y los que lo apoyan.
- Una vez que el acoso se ha instaurado se extiende a otros ámbitos, pudiendo llegar la víctima al suicidio, mientras los espectadores se sumen definitivamente en la impotencia y el individualismo.

PROCESO DE DESARROLLO



PERFIL DE AGRESORES Y VÍCTIMAS

AGRESOR

- Aspecto físico:
  - Varón (3/1)
  - Aspecto fuerte
- Dinámica relacional:
  - Agresiva/violenta con quienes consideran débiles y cobardes
  - Se consideran líderes sinceros
  - Elevada autoestima y asertividad, rayando con provocación
- Características personalidad:
  - Elevado psicoticismo
  - Extraversión y sinceridad
  - Nivel medio de neuroticismo

PERFIL DE AGRESORES Y VÍCTIMAS

VÍCTIMA

- Aspecto físico:
  - Complexión débil
  - Posibilidad de un handicap
- Dinámica relacional:
  - Timidez, puede llegar a retraimiento y aislamiento social
  - Tendencia al disimulo, se evalúan poco sinceros
- Características personalidad:
  - Elevado neuroticismo
  - Altos niveles de ansiedad e introversión

PERFIL DE AGRESORES Y VÍCTIMAS

- **1. Agresor :**
  - • **Activo** : se relaciona directamente con la víctima. Es decir, arremete personalmente.
  - • **Indirecto o pasivo** : dirige o induce a veces en la sombra a sus seguidores

  para que realicen actos

  de violencia con sus víctimas

PERFIL DE AGRESORES Y VÍCTIMAS

- **2. Víctimas :**
  - • **Activa y provocativa** : suelen ser alumnos que tienen problemas de concentración y tienden a comportarse de forma irritante a su alrededor. Esto le sirve al agresor como forma de excusar su comportamiento.
  - • **Pasiva** : la más frecuente. Son inseguros. Se muestran callados ante la agresión. Lo que es interpretado por el agresor como desprecio. Al no responder al ataque ni al insulto.

CONSECUENCIAS

- El Bullying no sólo tiene consecuencias negativas para las víctimas sino para todos los participantes en general.
- Entre los efectos que el acoso produce en las víctimas se encuentra el deterioro de la autoestima, ansiedad, depresión, fobia escolar e intentos de suicidio, con repercusiones negativas en el desarrollo de la personalidad, la socialización y la salud mental en general.
- Para los agresores, las conductas de acoso pueden hacerse crónicas y convertirse en una manera ilegítima de alcanzar sus objetivos, con el consiguiente riesgo de derivación hacia conductas delictivas, incluyendo violencia doméstica y de género.
- Por su parte, los espectadores corren el riesgo de insensibilizarse ante las agresiones cotidianas y de no reaccionar a las situaciones de injusticia en su entorno.

CONSECUENCIAS

Dado que el Bullying ocurre en un contexto social no sólo afecta a las víctimas sino que sus consecuencias pueden afectar a toda la comunidad.

Así, ante un episodio de acoso escolar, además de la víctima son los padres y familiares los inmediatamente afectados; por su parte, los espectadores también se sentirán amenazados, así como todos los alumnos de la escuela, incluso la comunidad externa, en tanto que los episodios de acoso no se solucionen en la escuela, se verá implicada ya que el Bullying puede producirse en otros lugares de encuentro de niños y adolescentes.

Por ello se puede afirmar que el Acoso Escolar tiene un efecto de propagación.

CONSECUENCIAS

- Fracaso y dificultades escolares.
- Alto nivel de ansiedad. Sobre todo. Anticipatoria. Fobia escolar.....
- Déficit de autoestima.
- Cuadros depresivos.
- Intentos de suicidio.
- Autoimagen negativa.
- Baja expectativa de logro.
- Indefensión aprendida (fenómeno descrito por Seligman que conduce a un “estado de "desesperanza". El sujeto aprende que no puede controlar los sucesos de su entorno mediante sus respuestas. Por lo que deja, incluso de emitirlas.)

COMPORTAMIENTO SUICIDA

- Dos tercios de los comportamientos suicidas se desencadenan tras un acontecimiento negativo, que resulta estresante para los menores.
- Con frecuencia, este factor ocurre en el curso de un trastorno psiquiátrico. En muchos niños, sobre todo en los más pequeños, la conducta suicida aparece con la intención de escapar de este estresor.
- Nadie debe subestimar el miedo que un niño o adolescente intimidado puede llegar a sentir.

COMPORTAMIENTO SUICIDA

- En la población pediátrica la relación entre suicidio y los acontecimientos estresantes es doblemente importante porque:
  - Un acontecimiento estresante puede precipitar la conducta suicida en ese momento.
  - El antecedente de adversidad temprana actúa como factor de riesgo para el comportamiento suicida en adultos.
- Las relaciones sociales que resultan insatisfactorias de forma continua aumentan la vulnerabilidad (a largo plazo) y pueden fomentar suicidio.
- Asimismo, tanto las víctimas como los perpetradores de acoso escolar o *bullying* presentan un riesgo aumentado de comportamiento suicida.

INDICADORES: FAMILIARES

- Presencia de lesiones físicas.
- Pérdida o rotura de pertenencias.
- Cambios de humos muy acusados.
- Tristeza o síntomas de depresión.
- Pasar mucho tiempo sólo y no salir con amigos.
- Descenso en su rendimiento escolar.
- Miedo a ir al colegio, o poner excusas para faltar.
- Síntomas psicosomáticos (vómitos, dolores abdominales) antes de ir al colegio.
- No hablar del colegio.

INDICADORES: FAMILIARES

- Ausencia de empatía con el sufrimiento de los demás.
- Prepotente y dominante con hermanos y amigos.
- Hablar despectivamente de algún chico/a de su clase.
- Mofarse o burlarse de sus iguales.
- Haber sido recriminado más de una vez por peleas con sus iguales.
- Falta de cumplimiento de las normas en casa.

INDICADORES: ESCOLARES

- Absentismo escolar frecuente.
- Descenso en el rendimiento escolar.
- Apatía, abatimiento, tristeza.
- Alumno que no es escogido para trabajo de grupo.
- Soledad, ausencia de relaciones en el colegio.
- Murmullos, risas por lo bajo, cuando un alumno entra en clase o contesta a una pregunta.
- Viene con golpes o heridas del recreo.
- Casi siempre sale de casa con el tiempo justo, o sale el último o el primero de la clase para no coincidir con los agresores.
- Se pone nervioso al participar en clase.
- Conflictos frecuentes con los mismos compañeros

INDICADORES: ESCOLARES

- Falta de cumplimiento de las normas de la clase.
- Burlarse de los demás cuando intervienen en clase
- Comportamiento agresivo.
- Prepotentes y dominantes con sus compañeros de clase.
- No asumir la responsabilidad de su conducta, ni pedir perdón cuando ha actuado mal.
- Enorgullecerse de su conducta agresiva.

ACTUALIDAD

- Se solicita más ayuda.
- Sobretodo a través de los amigos, mayor concienciación entre iguales (importancia de los observadores).
- Ha aumentado la detección por el profesorado.
- Más que en el ámbito familiar.
- Aún así, no lo suficiente, ya que las demandas emitidas por el entornos son en relación a acoso físico evidente, quedando silente otros tipos de acoso.

SOLUCIONES

- Tratamiento sintomatológico de las víctimas.
- Tratamiento del comportamiento del agresor.
- Es fundamental que entre todos tratemos de hacer prevención
- manejando toda la información que podamos y sobretodo transmitiendo esa información
- tanto en la familia como en el centro escolar.
- Nuestra obligación como padres, profesores y profesionales es evitar que la violencia germine en los niños.

CONSEJOS DE URGENCIA

- *Tú no tienes la culpa de ser agredido.*
- *Tú no tienes que hacer frente a esta situación sólo*
- *Recuerda que no eres el del problema. Es el agresor el que tiene el problema* .
- *Trata a los demás como quieras que te traten a ti. Ayuda al que lo necesite, y cuando tú necesites ayuda, alguien te ayudará* **.**

BIBLIOGRAFÍA

- Violencia escolar: el maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006. Nuevo estudio y actualización del informe 2000 (2007). [Actualizado 2007; citado 27 de febrero de 2019] https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/2007-01-Violencia-escolar-el-maltrato-entre-iguales-en-la-Educaci%C3%B3n-Secundaria-Obligatoria-1999-2006.pdf
- Mardomingo MJ. Tratado de psiquiatría del niño y adolescente. 1ª ed. España. Díaz de Santos; 2015.
- Guía de actuación en centros educativos ante el acoso escolar. [Actualizado 2014; citado 27 de febrero de 2019]http://www.educa.jccm.es/es/acosoescolar/guia-actuacion-centros-educativos-posibles-situaciones-acos.