

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

Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria

Junio 2019



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

Edición Junio 2019



Autores y compiladores de la obra:

Fernández López, Antonio José.

Moreno Alfaro, Manuel.

Fernández López, Miguel.

De Prados González, Cristina.

**Sociedad Científica Española de Formación Sanitaria
(SOCIFOSA)**



Fecha publicación: 28Junio/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 autores y facilitados por ellos mismos bajo su exclusiva responsabilidad; no asumiendo la editorial ni SOCIFOSA ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha obra.

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

ISBN: 978-84-120275-2-5

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 PACIENTE TERMINAL Y LA MUERTE: ACTITUD Y CREENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.**
 - **CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ**
- Tema 2. **INTERVENCIÓN INFORMATIVA DIRIGIDA A CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS.**
 - **FRANCISCO BERDIAL CORNELLANA**
- Tema 3. **LA DEPRESION EN EL MUNDO LABORAL.**
 - **BLANCA ROSA INFANTES BUENO**
- Tema 4. **ROL DE ENFERMERÍA ANTE LAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE LA MEJORA EN SALUD DE LOS PACIENTES CON TERAPIAS COMPLEMENTARIAS.**
 - **RAMÓN ORTEGA TORTOSA, MARÍA JESÚS MÍNGUEZ LÓPEZ, CARLOS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**
- Tema 5. **TIPOS DE DEPRESIÓN.**
 - **CINTIA PUEYO BOROBIA, CARLA PUEYO BOROBIA**
- Tema 6. **VISIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.**
 - **VERÓNICA FERNÁNDEZ NÚÑEZ**
- Tema 7. **NUTRICIÓN Y SUPLEMENTACIÓN DEPORTIVA.**
 - **NURIA HUERTA GONZÁLEZ**
- Tema 8. **MOVIMIENTO ANTIVACUNAS, POSICIONAMIENTO ENFERMERO E IMPLICACIONES ÉTICAS.**
 - **MARÍA JESÚS MÍNGUEZ LÓPEZ, RAMÓN ORTEGA TORTOSA, CARLOS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**
- Tema 9. **EL CELADOR Y TRES PREJUICIOS SOCIALES.**
 - **JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN**
- Tema 10. **FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA.**
 - **MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA, FRANCISCO CORRALES GUALDA, LYDIA TÉBAR GARCÍA**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 11. RINITIS ALÉRGICA.
• **TANIA MARCOS DIEGO**
- Tema 12. LESIONES EN LA COLUMNA VERTEBRAL.
• **EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ**
- Tema 13. BIOPSYCHOSOCIAL IMPACT ON FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH CHRONIC COURSE OF SCHIZOPHRENIA.
• **FRANCISCO CORRALES GUALDA, LYDIA TÉBAR GARCÍA, MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA**
- Tema 14. INGESTA DE CAÚSTICOS.
• **LIDIA SERRANO DÍAZ**
- Tema 15. LEGALIDAD Y VENTAJAS GENERALES DE LA MEDIACIÓN SANITARIA.
• **M^a JESÚS AVILÉS CONESA, M^a ASCENSIÓN AVILÉS CONESA**
- Tema 16. SACROILEÍTIS POR RM PARA DIAGNÓSTICO DE EA.
• **BEATRIZ SUÁREZ VELASCO**
- Tema 17. TÉRMINOS DE DESEMPEÑO Y GESTIÓN DE CONFLICTOS.
• **ESTEBAN ROMERO BERNAL**
- Tema 18. COMUNICACIÓN ENTRE CELADOR Y PACIENTE.
• **MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO, NATALIA CASTRO LÓPEZ**
- Tema 19. ESCLEROSIS MÚLTIPLE.
• **JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN**
- Tema 20. EI CELADOR ANTE UNA QUEJA.
• **NATALIA CASTRO LÓPEZ, MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 21. **INFLUENCIA DEL DEPORTE EN LAS MUJERES GESTANTES.**
REBECA LONGARELA FERNANDEZ, ALICIA GUERRERO GONZALEZ, NOELIA MORILLO GONZÁLEZ, ARÁNZAZU APARICIO GARCÍA, SUSANA DÍAZ BRANDY, NATALIA GARCÍA CARBAJAL
- Tema 22. **PROGRAMA DE FORMACIÓN DIRIGIDOS A LA PREVENCIÓN DE ITS EN ALUMNOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA (ESO).**
LYDIA TÉBAR GARCÍA, FRANCISCO CORRALES GUALDA, MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA
- Tema 23. **LA IMPORTANCIA DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.**
ANA MENÉNDEZ JARDÓN
- Tema 24. **LA SALUD SOCIAL.**
ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES
- Tema 25. **TÉCNICA E INDICACIONES DE LA SIALOGRAFÍA.**
TATIANA TRILLO FERNÁNDEZ
- Tema 26. **VACUNA ANTINEUMOCOCICA EN EL ADULTO.**
JENNIFER JIMÉNEZ PÉREZ, MIGUEL SERAS MOZAS
- Tema 27. **ALIMENTOS MODIFICADOS GENETICAMENTE ETIQUETADO. TRAZABILIDAD.**
MARIA JOSÉ LIÉBANA LIÉBANA, LAURA RUBIO LIÉBANA, MARIA JOSÉ RUBIO LIÉBANA
- Tema 28. **¿SATISFACE LA ENFERMERÍA DOMICILIARIA LAS NECESIDADES DE LOS CUIDADORES DE PACIENTES DEPENDIENTES? UNA PROPUESTA PARA LA INVESTIGACIÓN.**
CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ , MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA, MÓNICA DACUÑA LÓPEZ , ALMUDENA PANIZO LÓPEZ
- Tema 29. **MALTRATO Y TERCERA EDAD, UN RETO DE LA SANIDAD ACTUAL.**
MARÍA NATIVIDAD IZQUIERDO FERNÁNDEZ, MAITE VALENCIA LARRAONA, MAIDER MARTÍNEZ DE CAMPAÑON MARTÍNEZ DE MARIGORTA
- Tema 30. **VALORACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO.**
LAURA COTO VIEJO

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 31. **LA LEGIONELOSIS EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL, EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN.**
• ***NURIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, SANDRA RODRIGUEZ RODRIGUEZ***
- Tema 32. **LA NUTRICIÓN Y SUS PATOLOGÍAS ASOCIADAS.**
• ***MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ, ELENA GARCÍA MENÉNDEZ***
- Tema 33. **GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS MINIMIZACIÓN Y MANIPULACIÓN DE RESIDUOS TIPO II.**
• ***ANDREA GARCIA FLOREZ, VANESA GALLARDO MUÑIZ***
- Tema 34. **RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA Y MALOCLUSIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.**
• ***NIEVES SERRANO CERDÁ***
- Tema 35. **RESIDUOS SANITARIOS RADIATIVOS Y SU ELIMINACIÓN.**
• ***VANESA GALLARDO MUÑIZ, ANDREA GARCÍA FLÓREZ***
- Tema 36. **ANOREXIA.**
• ***ANDREA ÁLVAREZ BAYÓN, ANDREA PIQUERO FERNÁNDEZ, MARIA DOLORES FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL***
- Tema 37. **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAIDAS.**
• ***INÉS GARCIA LAMUÑO, EMMA CABEZA VALDÉS***
- Tema 38. **EFFECTOS DEL TENS EN TEMBLOR DE MIEMBRO SUPERIOR EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE PARKINSON. A PROPOSITO E UN CASO CLÍNICO.**
• ***OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ, SANDRA FERNÁNDEZ ALVÁREZ***
- Tema 39. **EL CONSENTIMIENTO EN EL MENOR DE EDAD EN MATERIA SANITARIA.**
• ***AIDE ARIAS SUÁREZ***
- Tema 40. **PLAN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA PSIQUIÁTRICA.**
• ***DANIEL LÓPEZ FRESNO, LAURA REYES VALDIVIESO***

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 41. **DOLOR INVISIBLE: “LA FIBROMIALGIA”.**
 - **ALMUDENA PANIZO LÓPEZ**
- Tema 42. **EL ENVEJECIMIENTO.**
 - **LAURA ARAUJO MORILLAS, MARÍA ISABEL RAMOS SASTRE, ANDREA ÁLVAREZ BALLÓN, ANDREA PIQUERO FERNÁNDEZ**
- Tema 43. **LA BULIMIA.**
 - **SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL, SARA MATÉ SAN MIGUEL, MARIA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA MÉDICA, LAURA ARAUJO MORILLAS**
- Tema 44. **EUTANASIA.**
 - **MARTHA CECILIA GONZÁLEZ VARGAS, MONTSERRAT VIGUERA SOLÍS, YARINA PRIETO ALCAÑIZ, CARLA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ**
- Tema 45. **MENTORING.**
 - **CARLA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, MONTSERRAT VIGUERA SOLÍS, YARINA PRIETO ALCAÑIZ, MARTHA CECILIA GONZÁLEZ VARGAS**
- Tema 46. **FRAGILIDAD EN EL ANCIANO.**
 - **ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ , ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ, MARIA DEL PILAR CUERVO ÁLVAREZ**
- Tema 47. **SINDROME DE BURNOUT.**
 - **BÁRBARA DELGADO MONFRINO**
- Tema 48. **TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS TRASTORNOS ANORÉXICOS EN ANCIANOS.**
 - **ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA, LORENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ**
- Tema 49. **ABORDAJE DE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO.**
 - **JUAN CARLOS PASCUAL ORNIA, MARIA TERESA ALONSO SUAREZ**
- Tema 50. **SIDA EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN**
 - **LAURA ARAUJO MORILLAS, MARIA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ DE LA MÉDICA, SARA MATÉ SAN MIGUEL, SORAYA GUTIERREZ SAN MIGUEL**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 51. **TERAPIA OCUPACIONAL CON ANIMALES Y PLANTAS EN ANCIANOS. PROYECTO DE GRANJA.**
VERÓNICA LORENZO GARCÍA, ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS, ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ
- Tema 52. **EL ANCIANO ALCOHÓLICO. CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS**
RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, LORENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ, ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA
- Tema 53. **INFLUENCIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD EN PACIENTE CON DEMENCIA Y DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).**
SARAY MARTIN BASOREDO
- Tema 54. **LA PREDIABETES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.**
PATRICIA PÉREZ CASTRO, MARIA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA, YOLANDA GONZÁLEZ GARCÍA
- Tema 55. **CAMBIOS FISIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO.**
PATRICIA GUTIÉRREZ PRIETO, JOSE AURELIO BARTOLOMÉ BARBÓN, REBECA FERNÁNDEZ LANA
- Tema 56. **CARDIOPATÍAS POR CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA.**
MARTA MARÍA VELASCO ALONSO
- Tema 57. **LA TUBERCULOSIS EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE.**
MARINA MOYANO MUNERA, MARIA TERESA INZA URREA ARANZAZU SEVILLA LARA, SANDRA MOLINA SANCHEZ
- Tema 58. **LA TERAPIA DE REMINISCENCIA EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO.**
BEGOÑA GUTIÉRREZ MARRÓN, LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ, MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ
- Tema 59. **DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.**
LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ, BEGOÑA GUTIÉRREZ MARRÓN, MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ
- Tema 60. **PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD MEDIANTE EL DEPORTE Y LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA INFANCIA.**
LAURA SALCEDA GARCÍA

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 61. **ADENTRANDOSE EN LA ESQUIZOFRENIA.**
 - *YOLANDA GONZÁLEZ GARCIA, PATRICIA PEREZ CASTRO, MARIA DEL AMPARO ARGUELLES MEANA, QUERALT GOMEZ LASTRA*
- Tema 62. **TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PARA EL STRÉS Y LA ANSIEDAD, UN PROBLEMA SOCIAL.**
 - *SONIA MEANA FERNANDEZ*
- Tema 63. **GRASAS TRANS: EFECTOS EN LA SALUD Y SU REGULACIÓN.**
 - *NOELIA CUESTA MARIA, SUSANA DÍAZ BRANDY, CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ, MÓNICA CANTELI RIVERA, ABILIO ÁLVAREZ GONZALEZ*
- Tema 64. **SALUD AMBIENTAL.**
 - *ANA MARÍA GARCÍA VILLA*
- Tema 65. **ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.**
 - *PATRICIA VEGA TORRES, ADRIANA CAMPILLO CASO, ROSA ELENA ALVES RUBIO, MARIA JOSE PEREZ BORREGO*
- Tema 66. **ALCOHOLISMO Y ADOLESCENCIA.**
 - *LEYRE MARTINEZ GOÑI, MARÍA IBARROLA ELIZAGARAY, XABIER AMEZTOY ECHENIQUE, OLATZ NAIARA ESLAVA ABAURREA*
- Tema 67. **LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.**
 - *NOELIA NAVARRETE FERNÁNDEZ, ESTEBAN PIQUERO FERNÁNDEZ, MÓNICA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, LUIS SÁNCHEZ NÚÑEZ, PAULA CASTAÑO RODRÍGUEZ*
- Tema 68. **ANÁLISIS DE ACCIDENTE: CAÍDA DE CAMIÓN DESDE RECOGIDA DE BASURA.**
 - *PILAR AINARA CEA VAQUERO, ANDREA CARREIRA SERRANO*
- Tema 69. **ANESTESIA.**
 - *ELENA GARCÍA MENÉNDEZ, MARÍA VICTORIA MUTUBERRÍA DÍAZ*
- Tema 70. **BURNOUT Y ENFERMERÍA. PUNTOS CLAVE.**
 - *SARA MARÍN ARRIAZU*

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 71. DETERMINACIÓN DE LA CALPROTECTINA FECAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA.
• **MARIA TERESA ALONSO SUAREZ.**
- Tema 72. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA
• **BÁRBARA ROJAS SALINERO, TAMARA GIL BLANCO, ANA MARÍA PARRA CRUZ**
- Tema 73. NUEVAS APLICACIONES EN ECOGRAFÍA.
• **ELENA DÍAZ ALONSO, TERESA ALVAREZ DÍAZ.**
- Tema 74. LA INFECCIÓN HOSPITALARIA: MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA.
• **OLAYA NAVES MUÑIZ, MARTA PEDREGAL QUINTANAL**
- Tema 75. ENFERMEDAD DE OSGOOD- SCHLATTER.
• **MARTA GRAU SUAREZ VARELA, MARIA MERCEDES GOÑI AGUIRRE , FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA**
- Tema 76. ENTREVISTA MOTIVACIONAL.
• **ALBA FERNÁNDEZ FALCES, PATRICIA CARRERA MARTÍN, MARIA RAMAJO HOLGADO, INMACULDA IÑIGO REMESAL**
- Tema 77. SÍNDROME DEL LATIGAZO CERVICAL, DETERMINANTES EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE QUE PUEDEN INFLUIR EN LA LESIÓN.
• **ANAÍS NAVARRO ALONSO**
- Tema 78. CAPTACIÓN ACTIVA EN DONANTES DE ÓRGANOS.
• **MANUEL CUENCA SAURA**
- Tema 79. CASO DE ALTA VOLUNTARIA: AUTONOMÍA DEL PACIENTE.
• **LUCÍA PELAEZ MARTÍNEZ**
- Tema 80. ANCIANO FRÁGIL EN EL MUNDO RURAL
• **SABELA PARDO DÍAZ., LEYRE REMÍREZ SIMÓN.**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 81. **CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS.**
• **JENNIFER GARCÍA LÓPEZ, NOELIA CARBAJAL GARCÍA, ANA ISABEL MENÉNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ GRANDA**
- Tema 82. **CUADRO PEDIATRICO DE MENINGITIS POR ENTEROVIRUS.**
• **EVELVINA ÁLVAREZ CAYUELA**
- Tema 83. **DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO.**
• **LORENA PALACIOS MIGUEL**
- Tema 84. **EFICACIA DE LAS ESCALAS PARA VALORAR EL TRASTORNO DE ANSIEDAD.**
• **CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ**
- Tema 85. **EL AGOTAMIENTO EN EL PERSONAL SANITARIO.**
• **ANA ISABEL PÉREZ RAMOS, MARIA TERESA ZAMORA GARCÍA**
- Tema 86. **ESTIGMATIZACION DE LOS PACIENTES.**
• **MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ, ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ, ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ**
- Tema 87. **HALITOSIS.**
• **MARÍA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ**
- Tema 88. **IMPORTANCIA DE LA MEDICINA FORENSE EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
• **LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ**
- Tema 89. **ENFERMEDADES EMERGENTES: VIRUS ZIKA.**
• **IRENE DÍAZ SOLDADO**
- Tema 90. **BREVE ANÁLISIS Y ESTUDIO DE LA LEGISLACIÓN SOBRE INSTRUCCIONES PREVIAS O VOLUNTADES ANTICIPADAS EN ESPAÑA.**
• **BEATRIZ EGIDO GORDO, CORAL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, M^a PILAR RODRÍGUEZ CORROS**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 91. **SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL.**
• *M^a PILAR RODRÍGUEZ CORROS, M^a LUISA RODRÍGUEZ CORROS, BEATRIZ EGIDO GORDO*
- Tema 92. **MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.**
• *TAMARA GIL BLANCO, ANA MARÍA PARRA CRUZ, BARBARA ROJAS SALINERO*
- Tema 93. **EL MEDIO AMBIENTE Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD.**
• *ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO*
- Tema 94. **PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS EN EL ENFERMO TERMINAL.**
• *MARIA TERESA ZAMORA GARCÍA, ANA ISABEL PÉREZ RAMOS*
- Tema 95. **PAPEL DEL ULTRASONIDO CEREBRAL EN LA DETECCIÓN DEL DAÑO Y VIGILANCIA DE LA HEMORRAGIA CEREBRAL EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS.**
• *ANA MILENA MUÑOZ*
- Tema 96. **PROBLEMAS SOCIALES.**
• *VANESA FERNÁNDEZ NUÑEZ*
- Tema 97. **ENVEJECIMIENTO ACTIVO.**
• *ADRIANA CAMPILLO CASO, ROSA ELENA ALVES RUBIO, MARIA JOSÉ PÉREZ BORREGO, PATRICIA VEGA TORRES*
- Tema 98. **CASO CLÍNICO:HIPEREMESIS GRAVÍDICA.**
• *LUCÍA MARTIÑO CANGA, LORENA GARCÍA ARIAS, CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA, LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA*
- Tema 99. **SALUD AMBIENTAL.**
• *MARÍA JOSE FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ*
- Tema 100. **CAIDAS EN EL ANCIANO.**
• *MARIA JOSE PEREZ BORREGO, PATRICIA VEGA TORRES, ADRIANA CAMPILLO CASO, ROSA ELENA ALVES RUBIO*

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 101. **VIOLENCIA DE GÉNERO.**
• **MARTA MARIA PEDRON FERNÁNDEZ**
- Tema 102. **REPERCUSIÓN DE LA TURNICIDAD EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.**
• **SUSANA PIERNAVIEJA MIGUEL, ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS**
- Tema 103. **SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LA ATENCIÓN DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**
• **RAFAEL MOLINERO PÉREZ, ALICIA PACHO GIMARÉ**
- Tema 104. **SÍNDROME DE DIÓGENES.**
• **MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, MARTA ATIENZA CORREAS, ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA**
- Tema 105. **TRATAMIENTOS ANTIANGIÓGENICOS: EL PAPEL DE ENFERMERÍA Y REPERCUSIÓN ECONÓMICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVIEJA.**
• **MARIA LUCIA TERUEL VEGARA, MIGUEL ANGEL LEAL LEAL**
- Tema 106. **CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO A NIVEL HOSPITALARIO.**
• **MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA, MYRIAN CARCELÉN RODENAS, REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN, MARIO PARREÑO JAREÑO, INMACULADA CARCELÉN RODENAS**
- Tema 107. **SÍNDROME DE ANGELMAN.**
• **ANA MARÍA PARRA CRUZ, BÁRBARA ROJAS SALINERO, TAMARA GIL BLANCO**
- Tema 108. **ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE LAS AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS.**
• **FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA**
- Tema 109. **LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA PARA REDUCIR LA INCIDENCIA DEL ALCOHOL Y TABACO EN EL EMBARAZO Y PREVENIR POSIBLES ANOMALÍAS CONGÉNITAS.**
• **ALBERTO RUEDA RUIZ, MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ, TAMARA RUIZ GARCÍA, JUAN ANTONIO GARCÍA GETINO**
- Tema 110. **ANÁLISIS DE RIESGO DE FRAGILIDAD/MORTALIDAD CUANDO ANALIZAMOS A LOS >65 AÑOS CON TEST DE CHARLSON VS LAWTON-BRODY. ESTUDIO PYCAF.**
• **MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 111. **BURNOUT DEL PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
• **LORENZO GAYO GONZÁLEZ**
- Tema 112. **COMPLICACIONES EN LA FRACTURA DE COLLES INTERVENIDA.**
• **FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGÓN, ANA CANO TURPIN, CARMEN ORTIZ GIMENEZ, FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIÁ**
- Tema 113. **“PREVENCIÓN CÁNCER DE COLON Y DIAGNÓSTICO PRECOZ: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”.**
• **PATRICIA SÁNCHEZ MONTESINOS, CRISTINA MARTINEZ RUMBO, SANDRA GARCÍA VILLA, SILVIA GÓMEZ PARDO**
- Tema 114. **RIESGOS QUÍMICOS EN EL PERSONAL SANITARIO.**
• **GLORIA MORA RODRIGUEZ**
- Tema 115. **ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL AUMENTO DE LA CONTAMINACION EN EL MEDIO AMBIENTE.**
• **LUCIA PEREZ ALONSO**
- Tema 116. **CUPPING, TERAPIA COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS CICATRICES.**
• **ANA CANO TURPÍN, CARMEN ORTIZ GIMÉNEZ, ELISA BAUTISTA ALARCÓN, EVA PÉREZ PARRA**
- Tema 117. **PRESCRIPCIÓN ENFERMERA.**
• **ANA PALACIOS SOMOANO , NATALIA LLAMEDO FOMBELLA, AINHOA FERNÁNDEZ GARCÍA**
- Tema 118. **ANÁLISIS COSTE-UTILIDAD DE DOS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS CON PROBLEMAS CARDIACOS.**
• **ROCÍO MORENO SÁNCHEZ, JOSÉ DAVID MARTÍNEZ CASTILLO, M^a ANGELES MORENO SÁNCHEZ**
- Tema 119. **DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO DE LAS LESIONES QUISTICAS DE PANCREAS.**
• **LAURA DIAZ RUBIA, FRANCISCO JAVIER GARCIA VERDEJO**
- Tema 120. **CHEMSEX, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**
• **ESTEFANÍA CARRASCO GAVIRA, RAQUEL CANTARERO SOLER , ANA MARÍA ALARCÓN PINTO**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 121. REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO.
CARMEN ORTIZ GIMENEZ, ELISA BAUTISTA ALARCON, FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGON, FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA
- Tema 122. CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN GERIATRÍA.
MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ
- Tema 123. EL PAPEL DEL TCAE EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y DEL PACIENTE TERMINAL.
MONTSERRAT GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, EDUARDO CÁNDIDO LEGIDO SANTOS, SILVIA RODRÍGUEZ LINARES
- Tema 124. DOLOR CRÓNICO Y AISLAMIENTO SOCIAL.
JOSÉ ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO
- Tema 125. CARNET DOSIMÉTRICO DEL PACIENTE.
ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO, ESTEFANÍA BLANCO GARCÍA, ELIZABET GARCÍA GRANDA, PATRICIA MARTÍNEZ GARCÍA
- Tema 126. EL SÍNDROME DE BURNOUT.
ROSA ELENA ALVES RUBIO, MARIA JOSE PEREZ BORREGO, PATRICIA VEGA TORRES, ADRIANA CAMPILLO CASO
- Tema 127. ENFERMEDAD DE LYME.
IDOIA LAPARTE CAMPO, NAHIA ARRAIZA GULINA, ISABEL CELAYA CALVO, AMAIA CORUJO ELIZALDE
- Tema 128. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: VIH/SIDA.
ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA, MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ, MARTA ATIENZA CORREAS
- Tema 129. EPILEPSIA EN LOS PAÍSES TROPICALES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.
NOELIA GARCÍA LAX
- Tema 130. ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE PADRES, PROFESORADO Y ESCOLARES SOBRE LAS FUNCIONES DE LA ENFERMERA ESCOLAR.
CRISTINA CORE CÓRCOLES MIRANDA, DAMIAN MARTÍNEZ CIFUENTES, VERÓNICA VALCÁRCEL LÓPEZ, CARMEN ALARCÓN HERREROS, ÁLVARO JOSÉ NAHARRO JIMENEZ

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 131. ESTUDIO SOBRE COMO COMUNICARSE CON UNA PERSONA CON HIPOACUSIA.
• *PAULA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ*
- Tema 132. LA OBESIDAD.
• *VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, PAULA CASTRO PARIENTE*
- Tema 133. RADIACIÓN Y RESIDUOS SANITARIOS.
• *NURIA IZQUIERDO MORENO SONIA DE VES MARTINEZ, COVADONGA GARCIA MAZON*
- Tema 134. TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE.
• *ELISA BAUTISTA ALARCÓN, ANA CANO TURPÍN, EVA PÉREZ PARRA, FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIÁ*
- Tema 135. MANEJO DEL PACIENTE PALIATIVO.
• *DAVID PÉREZ BERENGUER*
- Tema 136. OBESIDAD INFANTIL.
• *Mª CRISTINA RODRÍGUEZ SIERRA*
- Tema 137. CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS PIES DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS.
• *MARIA JENNIFER PEREZ RUANO, HELGA GUIO MARTINEZ*
- Tema 138. PACIENTE TERMINAL IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.
• *LORENA BERDASCO RAMÍREZ*
- Tema 139. EFICACIA DE UN PROGRAMA ERGONÓMICO FRENTE A UN PROTOCOLO DE EJERCICIOS EN EL DOLOR LUMBAR CRÓNICO.
• *EVA PÉREZ PARRA, CARMEN ORTIZ GIMENEZ, ELISA BAUTISTA ALARCÓN, FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIÁ*
- Tema 140. SÍNDROME DE BURN OUT.
• *NEREA CORNAGO NAVASCUÉS, LUCÍA ARNEDO LADRÓN, ERIKA NAVARRO RUIZ, PATRICIA SANZ MARTINEZ*

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 141. **LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL TCAE.**
• **MARIA ENCARNACION ALBUERNE ALONSO, NOEMI VILLOLDO HERRERUELA**
- Tema 142. **PUBLICIDAD Y ALIMENTACIÓN INFANTIL.**
• **MARTA ATIENZA CORREAS , ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA, MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ**
- Tema 143. **SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**
• **CARLOS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, MARÍA JESÚS MÍNGUEZ LÓPEZ, RAMÓN ORTEGA TORTOSA**
- Tema 144. **PREVALENCIA DE TABAQUISMO ACTIVO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.**
• **Mª CARMEN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**
- Tema 145. **TOMAR DECISIONES.**
• **GEMMA ALONSO SÁNCHEZ.**
- Tema 146. **ÚLCERAS VENOSAS, SITUACIÓN SOCIAL ACTUAL.**
• **Mª AMPARO GARCÍA RUÍZ., JOSE LUIS RUIZ CAROT, FRANCISCO JOSE VILLALGORDO GIL, DANIEL VALLEJO SIERRA.**
- Tema 147. **VENDAJES.**
• **GEMA CHAVES LÓPEZ**
- Tema 148. **VIH EN EL EMBARAZO Y PARTO.**
• **ALMUDENA ÁLVAREZ LÓPEZ**
- Tema 149. **VIRUS.**
• **MARI CARMEN GONZALEZ NIETO, REYES CARVAJAL PALAO, MARIA PANDO SANDOVAL**
- Tema 150. **ASMA BRONQUIAL.**
• **EDITA RAKASENE, LUZMILA SALCAN**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

- Tema 151. **EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MEDIANTE TERAPIA ASISTIDA CON PERROS, EN JÓVENES VIOLENTOS DE ENTRE 16-18 AÑOS EN UN CENTRO DE EDUCACIÓN E INTERNAMIENTO POR MEDIDAS JUDICIALES EN ZARAGOZA.**
 - **BEATRIZ ARTAL GARCIA**
- Tema 152. **SÍNDROME DE EHLERS-DANLOS ENFERMEDADES RARAS.**
 - **ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ**
- Tema 153. **EL SÍNDROME DE BURNOUT SERÁ ENFERMEDAD PROFESIONAL EN 2022.**
 - **LAURA RODRÍGUEZ PIÑERA, MARIA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA**
- Tema 154. **LA ANSIEDAD.**
 - **PAULA CASTRO PARIENTE, VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**
- Tema 155. **LA FASCITIS PLANTAR EN EL CORREDOR TRATADA CON DOS TÉCNICAS DE ELECTROESTIMULACIÓN: EL ULTRASONIDO Y LAS ONDAS DE CHOQUE.**
 - **CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS, JESSICA BUENO FERNANDEZ.**
- Tema 156. **INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO, PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD**
 - **TAMARA BELLOSO CUESTA, MARTA GONZÁLEZ CASTAÑO, ALBA GONZÁLEZ DÍAZ**
- Tema 157. **PROYECTO DE MEJORA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: AFRONTAR LA MUERTE.**
 - **JOSÉ M. MONFORTE-ESPIAU**
- Tema 158. **ESTIMULACIÓN EN LA EDAD AVANZADA.**
 - **CARLA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, MONTSERRAT VIGUERA SOLÍS, YARINA PRIETO ALCAÑIZ, MARTHA CECILIA GONZÁLEZ VARGAS**
- Tema 159. **COLECHO SEGURO: RECOMENDACIONES A LAS FAMILIAS**
 - **LEIRE AZCONA CIRIZA**

TEMA 1. EL PACIENTE TERMINAL Y LA MUERTE: ACTITUD Y CREENCIAS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.

CRISTINA MUÑOZ MARTÍNEZ

ÍNDICE

1- Introducción

2- Objetivos

3- Metodología

4- Resultados

5- Conclusiones

6- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Morir constituye una experiencia universal que provoca diversas actitudes y emociones de distinta intensidad entre las distintas personas.

Entre las emociones más frecuentes se presentan el miedo, la ansiedad y la depresión.

Las actitudes registradas entre los profesionales sanitarios en general y en particular en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante esta situación son: mayor responsabilidad y atención hacia la vida, y promoción del crecimiento personal para aceptar su propia muerte.

Palabras clave: muerte, ansiedad, miedo, auxiliares de enfermería, profesional sanitario.

OBJETIVOS

1. Conocer la respuesta del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la situación de muerte y paciente terminal.
2. Conocer el nivel de afrontamiento del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la muerte.

METODOLOGÍA

Revisión sistemática de la literatura.

Operadores booleanos: muerte OR paciente terminal AND emociones AND profesional sanitario OR auxiliar de enfermería.

Idiomas: español.

Años de acotamiento: 2014-2018.

Artículos seleccionados para la revisión: 5

RESULTADOS

En un estudio realizado en 2017 se demostró que el 27% de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería presentan un buen afrontamiento ante la muerte, de los cuales el 47% pertenecían a servicios de Cuidados Paliativos.

Esta dinámica de resultados se presenta entre los distintos estudios analizados donde se demuestra que servicios como oncología, cuidados paliativos y emergencias presentan un mayor afrontamiento frente a esta situación.

CONCLUSIONES

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención del paciente terminal juega un papel bio-psico-social y holístico para el que hay que estar preparados. Si bien es cierto que hay servicios en los que es más común esta situación no excluye al resto, por tanto es necesaria una buena preparación y formación de los profesionales para abordar esta realidad de la mejor forma posible, que mejore no sólo la atención al paciente y la familia, sino también el propio desarrollo personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomás-Sábado, J. Miedo y ansiedad ante la muerte: aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación. 1ªed.2016.

2. Huertas, L ; Pérez, SR ; Avilés, E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. Psicooncología, vol.11, num1, pp101-115.2014.

3. Fernández, Jetal. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. Tiempos de enfermería y salud, n°2, pp27-33.2017

TEMA 2. INTERVENCIÓN INFORMATIVA DIRIGIDA A CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS.

FRANCISCO BERDIAL CORNELLANA

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVO**
- 3. MATERIAL Y MÉTODO**
- 4. RESULTADOS**
- 5. CONCLUSIÓN**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, los cuidados paliativos se definen como " el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales".

Según estudios, el 64-74% de los enfermos terminales desearían morir en su propia casa. La familia desempeña frecuentemente un papel crucial en la provisión de cuidados paliativos, hasta tal punto, que es un factor primordial para decidir si el paciente puede morir en su hogar.

1. INTRODUCCIÓN

Los cuidadores familiares se enfrentan a muchas dificultades y tienen que resolver muchos problemas prácticos, la carga física y emocional de la atención les provoca una ansiedad que se ve agravada por el sufrimiento emocional de la persona moribunda, pudiendo desembocar en depresión.

La ansiedad y depresión en cuidadores está influenciada por el nivel de información disponible y la percepción asociada de control. Se consigue una disminución de estos síntomas cuando se proporciona información de alta calidad por parte del profesional sanitario.

2. OBJETIVO

Elaborar un proyecto de intervención informativa para reducir niveles de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes paliativos.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre los cuidados en pacientes paliativos utilizando las fuentes Pubmed y Web of Science.

Con la documentación obtenida se procedió a la elaboración del proyecto de intervención informativa dirigido a los cuidadores familiares de pacientes que estén en situación de enfermedad terminal.

Solamente serán incluidos en la intervención aquellos cuidadores que participen en la labor asistencial del paciente al menos 5 días a la semana.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Para determinar la influencia de la intervención en los niveles de ansiedad y depresión, los cuidadores deberán cumplimentar antes de comenzar la primera sesión y a los 3 meses de haber realizado la intervención completa, la Hospital Anxiety and Depression Scale (versión en español).

4. RESULTADO

La intervención consta de 3 sesiones de una hora, a realizar en 3 semanas consecutivas. La temática de cada sesión se detalla a continuación:

1ª SESIÓN:

- Cumplimentación de Hospital Anxiety and Depression Scale.
- Funciones del personal de atención primaria.
- Funciones de la familia en los cuidados paliativos.

4. RESULTADO

2ª SESIÓN:

- Cambios posturales.
- Higiene: corporal y bucal.
- Vigilancia de la integridad cutánea.
- Proporcionar ambiente tranquilo.
- Escucha activa del enfermo.

3ª SESIÓN:

- Actuación en crisis de ansiedad.
- Manejo del dolor.
- Realización de curas.
- Cuidados de la vía aérea y traqueostomía.
- Síntomas de alarma para avisar al personal sanitario.

5. CONCLUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica, podemos concluir que es necesaria la elaboración de una intervención informativa en cuidadores de pacientes paliativos para garantizar cuidados de calidad en el paciente terminal y para proteger al cuidador de desarrollar psicopatologías tales como la ansiedad y la depresión.

La investigación en este terreno debe continuar para mejorar la instrucción en cuidados paliativos y asegurar que esté lo más actualizada posible acorde a la bibliografía existente.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Mystakidou K, Parpa E, Panagiotou I, Tsilika E, Galanos A, Gouliamos A. Caregivers' anxiety and self-efficacy in palliative care. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013; 22(2): 188-95.
- Docherty A, Owens A, Asadi-Lari M, Petchey R, Williams J, Carter YH. Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliat Med*. 2008; 22(2): 153-71.
- Van der Eerden M, Csikos A, Busa C, Hughes S, Radbruch L, Menten J, et al. Experiences of patients, family and professional caregivers with Integrated Palliative Care in Europe: protocol for an international, multicenter, prospective, mixed method study. *BMC Palliat Care*. 2014; 13(1): 52.

TEMA 3. LA DEPRESION EN EL MUNDO LABORAL.

BLANCA ROSA INFANTES BUENO

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **SINTOMAS**
- **SINTOMAS RESIDUALES**
- **CAUSAS**
- **REPERCUSION**
- **TRATAMIENTOS**

INTRODUCCION

La depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo, y afecta a más de 350 millones de personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la depresión tiene una carga superior que otros trastornos psiquiátricos como el trastorno bipolar o la esquizofrenia, y mayor que otras enfermedades como el cáncer.

Tiene unos importantes costes socioeconómicos de los cuales aproximadamente 54.000 millones (59%), fueron por costes indirectos, como por ejemplo el absentismo laboral.

Desde el punto de vista legislativo, existe la necesidad de dar respuesta a los directivos que piden mejores políticas para proteger a los empleados, y unas guías para saber cómo actuar ante un empleado con depresión, ya que la mayoría admiten que no saben cómo actuar.

SINTOMAS

- Tristeza y apatía
- Ansiedad sin que exista una causa concreta
- Desmotivación laboral
- Fatiga constante; sensación de estar “quemado”
- Cambios en el peso
- Irritabilidad y salidas de tono en el ambiente laboral
- Baja concentración y pobre rendimiento
- Aumento del tiempo requerido para realizar las funciones diarias
- Incremento de errores y despistes en su trabajo
- Bajos puntuales En el caso de esta enfermedad, los compañeros de trabajo y los superiores directos del individuo afectado pueden ser de gran ayuda a la hora de diagnosticar el problema.

SINTOMAS RESIDUALES

Al igual que muchas otras enfermedades, la depresión puede dejar secuelas, a los cuales se les denominan síntomas residuales, que son aquellos síntomas que permanecen tras la mejoría y que siguen limitando la actividad habitual del paciente. Suelen ser síntomas que no afectan tanto al estado del ánimo (tristeza, llanto) como a dificultades cognitivas (falta de atención o de memoria), síntomas corporales o dolorosos, insomnio o pérdida de apetito sexual”.

La presencia de estos síntomas se considera clínicamente relevante y se asocia a un curso negativo de la depresión ya que el riesgo de recaídas, recurrencias, suicidio y discapacidad social se ve incrementado.

CAUSAS

- ❖ Haber vivido una experiencia traumática o especialmente estresante
- ❖ Un ambiente laboral en el que el empleado no tiene el control de la situación
- ❖ Frustración continua al no conseguir los resultados deseados
- ❖ Condiciones de trabajo especialmente estresantes y demandantes
- ❖ Problemas de comunicación y conflictos con compañeros o superiores
- ❖ Responsabilidades excesivas y no acordes con el salario
- ❖ Falta de valoración y reconocimiento del trabajo que desempeña el empleado.

TRATAMIENTO

Puede decirse, globalmente, que un 50 por ciento de las depresiones tratadas no alcanza la remisión total, es decir la desaparición de los síntomas. De entre ellas, un 80 por ciento mantiene en el tiempo síntomas depresivos residuales.

El tratamiento a seguir debe ser adaptado a cada persona y a su problemática.

1. Sensibilizar a los empleados: Concienciar a los trabajadores acerca de los trastornos laborales y cómo prevenirlos es una gran idea y sirve para evitar que ocurran casos de indefensión.
2. Hablar de ello: Hablar sobre ello y compartir las sensaciones con los compañeros hará que la carga psicológica sea menor. Además, si los compañeros son conocedores de la situación, es probable que empaticen y traten de buscar soluciones.
3. Trasladar la preocupación a los superiores: En la mayoría de ocasiones la empresa puede comprender las reclamaciones

BIBLIOGRAFÍA

Paginas web:

- <http://ansiedadystres.org/content/depresi%C3%B3n-en-el-%C3%A1mbito-laboral-%E2%80%93-informe-de-la-world-federation-mental-health>
- http://www.infocop.es/view_article.asp?id=5465&cat=54
- <https://psicologiaymente.com/clinica/baja-depresion-laboral>
- <http://www.institutotomas Pascualsanz.com/como-influye-la-depresion-en-el-ambito-laboral/>

TEMA 4. ROL DE ENFERMERÍA ANTE LAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS SOBRE LA MEJORA EN SALUD DE LOS PACIENTES CON TERAPIAS COMPLEMENTARIAS.

**RAMÓN ORTEGA TORTOSA
MARÍA JESÚS MÍNGUEZ LÓPEZ
CARLOS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**

ÍNDICE

1- Introducción

2- Objetivos

3- Metodología

4- Resultados

5- Conclusiones

6- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

En este trabajo queremos reflejar la importancia de realizar una atención sanitaria más centralizada en las terapias complementarias en enfermería y particularmente en el yoga. La idea surge tras la valoración de diversas encuestas del INE, donde nos muestra el número de veces que este sector de la población visita al médico, el uso excesivo de medicación y por otro lado, el aumento de esperanza de vida en la población española, generando con ello menor tiempo de cuidado individualizado junto a una mayor pluripatología. Esto impide contextualizar los problemas reales sin una buena escucha activa y una orientación correcta.

OBJETIVOS

- Valorar la efectividad de las terapias complementarias en la calidad del cuidado del paciente.
- Demostrar la eficacia de las terapias del yoga para una vida saludable y decrecer la medicación presente.
- Concienciar sobre la disminución que produce estas terapias complementarias en la salud del paciente.
- Concienciar al personal sanitario sobre la importancia que tienen estas terapias sobre el paciente.
- Motivar al sector de la salud sobre el uso de esta terapia en el futuro.

METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura existente en las que fueron consultadas las bases de datos como Scopus, Dianelt, Pubmed, Cinhal, Cuiden y Scielo desde el año 2001 hasta 2017. Del total de documentos encontrados hemos escogido una cantidad que se relaciona con el tema y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión planteados. Los descriptores utilizados fueron: “terapias alternativas”, “salud”, “calidad de vida”, “yoga”.

Hemos utilizado las siguientes palabras clave: terapias alternativas, salud, yoga y cuidados.

RESULTADOS

Tras la revisión sistemática de los documentos encontrados sobre la técnica complementaria en el Yoga podemos ver mejoras en ciertos aspectos como son el sueño y la confianza del paciente pudiendo afirmar que gracias a un buen conocimiento, una información y una educación en terapias, podemos conseguir decrecer los métodos farmacológicos. Generando así, actitudes más positivas ,siendo importante plantear propuestas orientadas a la población.

La diversidad de condiciones a tratar y la pobre calidad del estudio no es posible decir si el yoga es efectivo en el tratamiento de la ansiedad, pero sí se ha encontrado mejoría en los aspectos psicológicos y motivando a ser una intervención adicional.

CONCLUSIONES

En definitiva interaccionar lo biológico, lo social y lo psicológico con el yoga son aspectos imprescindibles, atribuyendo a esta terapia beneficios por presentar en su concepto el modelo holístico.

En síntesis, el trabajo planteado muestra un efecto beneficioso del yoga sobre el sueño y en cierto modo en la ansiedad. Ayudando por lo tanto, a mejorar la autoestima y el nivel de calidad de vida.

Se concluye que el yoga reduce los síntomas de la menopausia e incrementa la flexibilidad. Para que todo esto adquiriera un sentido completo, hemos llegado a la conclusión de que la actitud positiva y la formación del personal sanitario son de vital importancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 2011.
- INE.es. Instituto Nacional de Estadística [sede web].(2015) España: INEbase; sociedad-salud.[acceso 14 Febrero 2018]. Disponible en:<http://www.ine.es/welcome.shtml>.
- Organización Mundial de la Salud, Estadística Sanitarias Mundiales [sede web].(2014) Ginebra. Centro de prensa.[acceso 2 Febrero 2018]. Comunicado de prensa [1] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>

BIBLIOGRAFÍA

-Chattha R, Nagarathna R, Padmalatha V, Nagendra HR. (2008) Effect of Yoga on cognitive functions in climacteric syndrome: a randomized control study. BJOG An International Journal Of Obstetrics and Gynaecology. [Accepted 13 March Published May; consultada 25 Enero]; 115(8):991-1000.

-Sarris J., Moylan S., Camfield D.A., Pase M.P., Berk M., Jacka F.N. et al. (2012) Complementary Medicine, Exercise, Meditation, Diet and Lifestyle Modification for Anxiety Disorders: A review of current evidence. Hindawi Publishing Corporation. 809653: 1-20.

TEMA 5. TIPOS DE DEPRESIÓN.

**CINTIA PUEYO BOROBIA
CARLA PUEYO BOROBIA**

ÍNDICE

1. Definición
2. Incidencia
3. Clasificación
4. Escalas

1. DEFINICIÓN

- Conjunto de alteraciones cuyo denominador común es la pérdida de interés por llevar a cabo actividades que solían ser placenteras; comida, trabajo, amistades, juegos, distracciones,...
- La persona se siente triste, infeliz y a menudo desesperanzado; experimenta poco placer y a menudo existen ideas suicidas.

2. INCIDENCIA

- Es la enfermedad mental más común, afectando en la actualidad a 340 millones de personas en todo el mundo.
- Entre un 2 y un 4 % de la población general padece este tipo de trastorno.
- La incidencia entre hombres y mujeres es de 1:2.

- Su expansión e incidencia es creciente en todos los grupos de edad aunque muy especialmente entre los más jóvenes.
- Con este ritmo de crecimiento y progresión, para el año 2020 se convertirá en la segunda causa más importante de incapacitación y muerte, tan sólo superada por las enfermedades cardiovasculares.

3. CLASIFICACIÓN

1. Depresión Mayor o Severa
2. Distimia
3. Trastorno Bipolar
4. Trastorno Depresivo Estacional (SAD)
5. Trastorno Disfórico Premenstrual
6. Depresión Posparto

1. Depresión Mayor o Severa:

Descripción	Duración	Síntomas
<p>- La persona que sufre este tipo de depresión, puede experimentar fases de estado de ánimo normal entre las fases depresivas que pueden durar meses o años.</p>	<ul style="list-style-type: none">- Se caracteriza por la aparición de uno o varios episodios depresivos de mínimo 2 semanas de duración.- Suele comenzar generalmente durante la adolescencia o la adultez joven.	<p>- Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas:</p> <ul style="list-style-type: none">• Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días (1)• Pérdida de interés en las actividades que antes eran gratificantes (2)• Pérdida o aumento de peso• Insomnio o hipersomnia• Baja autoestima• Problemas de concentración y problemas para tomar decisiones• Sentimientos de culpabilidad• Pensamientos suicidas

2. Distimia:

Descripción	Duración	Síntomas
<p>- Es menos grave que la depresión mayor. Es un tipo de <i>depresión unipolar</i> (no incluye síntomas maníacos) e interfiere en el funcionamiento normal y el bienestar del individuo que lo sufre.</p> <p>- También pueden padecer de episodios de depresión severa en algún momento de su vida.</p>	<p>- La característica esencial de este trastorno es que el paciente se siente depresivo durante la mayor parte del día, la mayoría de los días durante al menos 2 años.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Pérdida o aumento de apetito• Insomnio o hipersomnias• Falta de energía o fatiga• Baja autoestima• Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones• Sentimientos de desesperanza

3. Trastorno Bipolar:

Descripción	Duración	Síntomas
<p>- Cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).</p> <p>- Los cambios pueden ser rápidos y dramáticos.</p> <p>-El trastorno bipolar es una patología seria, y no debe confundirse con un estado inestabilidad emocional.</p>	<p>- Episodio depresivo : 6 meses</p> <p>- Episodio de manía: de 2 semanas a 4-5 meses</p>	<p>- Síntomas depresivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tristeza• Desesperanza o desamparo• Baja autoestima• Dificultad en las relaciones• Culpabilidad excesiva• Deseos de morir <p>- Síntomas maniacos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Autoestima exagerada• Menor necesidad de descanso y sueño• Mayor distracción e irritabilidad• Excesiva participación en actividades placenteras• Aumento de la locuacidad

4. Trastorno Depresivo Estacional (SAD):

Descripción	Duración	Síntomas
<p>- Se caracteriza por ocurrir durante una cierta época del año, generalmente durante el invierno.</p> <p>-Los síntomas generalmente se intensifican de manera lenta a finales del otoño y en los meses de invierno.</p>	<p>- Invierno</p>	<ul style="list-style-type: none">• Desesperanza• Aumento del apetito con aumento de peso• Aumento del sueño (el poco sueño es más común con otras formas de depresión).• Menos energía y capacidad para concentrarse• Pérdida de interés en el trabajo y otras actividades• Movimientos lentos• Aislamiento social• Tristeza e irritabilidad

5. Trastorno Disfórico Premenstrual:

Descripción	Duración	Síntomas
<ul style="list-style-type: none">- Síntomas de depresión severa, irritabilidad y tensión antes de la menstruación.- Estos síntomas son más severos que los que se observan con el síndrome premenstrual.	<ul style="list-style-type: none">- Desde una semana antes de la regla hasta una semana después	<ul style="list-style-type: none">- 5 o más síntomas una semana antes de la regla:<ul style="list-style-type: none">• Desinterés en las actividades diarias y en las relaciones con los demás• Fatiga o falta de energía• Sentimiento de tristeza y pensamientos suicidas• Ansiedad• Pérdida de control• Altibajos en el estado de ánimo: períodos de llanto• Ataques de pánico• Irritabilidad o ira• Problemas para concentrarse• Trastornos en el sueño

6. Depresión Posparto

Descripción	Duración	Síntomas
<p>- Se caracteriza porque puede ocurrir poco después del parto.</p>	<p>- Puede presentarse hasta un año más tarde de que la mujer haya dado a luz, pese a que es habitual que ocurra dentro de los primeros tres meses después del parto.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Cambios a nivel corporal del embarazo y el parto (por ejemplo, debido al cambio hormonal)• Cambios en las relaciones laborales y sociales• Tener menos tiempo y libertad para sí misma• Cambios del ciclo sueño-vigilia debido al nacimiento• Preocupaciones acerca de su capacidad para ser una buena madre

4. ESCALAS

- **Cuestionario de Zung:**

- Consta de 20 preguntas con valores de 1 a 4 en cada respuesta.
- Una suma de 50 o más indica la presencia de depresión importante

• **Inventario de Beck:**

- Consta de 21 grupos de 4 afirmaciones en las cuales el paciente debe escoger la que mejor refleje su sentir, tienen un valor de 0 a 3.
- Si la suma es de :
 - 0 a 4: depresión mínima o inexistente
 - 5 a 7: depresión ligera
 - 8 a 15: depresión moderada
 - 16 o más: depresión grave

11. BIBLIOGRAFÍA

- Psicología y mente. Tipos de depresión: sus síntomas, causas y características (Consulta el 20 de marzo) Disponible en:

<https://psicologiaymente.com/clinica/tipos-de-depresion>

- Psicología-Online. El Trastorno Maníaco-Depresivo (Bipolar); 2018 (Consulta el 21 de marzo). Disponible en:

<http://www.psicologia-online.com/colaboradores/dpuchol/index.htm>

- MedlinePlus. Trastorno disfórico premenstrual. Página actualizada 07 marzo 2019 (Consulta 23 de marzo). Disponible en:

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007193.htm>

- Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) (Consulta el 24 de marzo de 2019). Disponible en:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf

- Zung WW. A self-rating depression scale. Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS). Arch Gen Psychiatry (Consulta el 24 de marzo 2019); 12: 63-70. Disponible en:

http://www.mentalhealthministries.net/resources/flyers/zung_scale/zung_scale_sp.pdf

TEMA 6. VISIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

VERÓNICA FERNÁNDEZ NÚÑEZ

ÍNDICE

- **VISIÓN INTERNACIONAL**
- **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**
- **OTRAS MEDIDAS DE LA OMS**

VISIÓN INTERNACIONAL

Se comenzaron a realizar informes internacionales que proponen un cambio sustancial, frente a una cultura punitiva con el profesional sanitario que induce a la ocultación de los errores, propugna una cultura abierta para conocer los errores y aprender de ellos.

Todo un choque con la tradición penal de los Estados Unidos en que los “errores médicos” estaban implacablemente penados por la legislación llevando a desorbitadas pólizas de seguro y al ejercicio de la “medicina defensiva”.

En contraposición a una visión culpabilizadora que busca la depuración de responsabilidades, hace énfasis en que la seguridad de los pacientes depende más de las deficiencias del diseño de sistemas, de la organización y su operativa, que de los errores profesionales.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OMS nace con unos objetivos definidos y seis áreas de acción. Los objetivos fueron :

Disminuir la duplicación de actividades e inversiones.

Apoyar iniciativas colectivas.

Servir de vehículo para compartir conocimientos y recursos.

Aprender de los demás.

Promover el trabajo en equipo.

Las seis áreas de acción que propone la OMS son:

1. Reto global de la seguridad del paciente
2. Participación del paciente en su seguridad.
3. Desarrollo taxonómico de seguridad del paciente.
4. Investigación en el campo de seguridad del paciente.
5. Búsqueda de soluciones para reducir los riesgos en la atención al paciente en los sistemas sanitarios.
6. Comunicación y aprendizaje sobre seguridad del paciente.

OTRAS MEDIDAS DE LA OMS

La OMS también sugiere otra serie de medidas que se mencionan a continuación:

Tercer Reto: Lucha contra la Resistencia Antimicrobiana.

Facilitar la aplicación y evaluación de soluciones estandarizadas de seguridad: Proyecto High 5s desarrollado por JCAHO.

Aprovechar las nuevas tecnologías para mejorar la seguridad del paciente. Reunir y compartir el conocimiento sobre la evolución de la seguridad del paciente a nivel mundial.

Prevenir las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres venosos centrales. Educar para una atención más segura. Distinguir internacionalmente a organizaciones excelentes en el campo de la seguridad del paciente: Premio Seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

- Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991;324:370-6.
- Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Calid Asist*. 2011;26(6):331-332.
- Seguridad del paciente y calidad asistencial. *Rev Clin Esp*. 2007;207(9):456-7.

TEMA 7. NUTRICIÓN Y SUPLEMENTACIÓN DEPORTIVA.

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS

1. SUPLEMENTACIÓN DEPORTIVA

1.1 SUPLEMENTOS DE ESTÍMULACIÓN ENERGÉTICOS

1.2 SUPLEMENTOS DE DESARROLLO MUSCULAR Y OPTIMIZACIÓN METABÓLICA

1.3 SUPLEMENTOS PARA MEJORAR LA RECUPERACIÓN

- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El deporte y la alimentación son dos determinantes de salud muy importantes. Un buen manejo de éstos puede resultar en una mejoría en el estado general de un individuo de varias maneras, por ejemplo, aumentando la sensación de bienestar y reduciendo las consecuencias de un problema ya existente y las probabilidades de padecer determinadas enfermedades comórbidas (Wessel 2004). No sólo ejercen una influencia considerable por separado, sino que entre ellos mantienen una importante relación, siendo los hábitos alimenticios uno de los requisitos básicos para obtener los mejores resultados tanto en las competiciones deportivas como en los objetivos que persigue cada persona a nivel individual (Willmore 2004).

INTRODUCCIÓN

La población que realiza ejercicio como fuente de salud o de una imagen personal más idealizada ha aumentado recientemente y es muy común encontrar personas desinformadas que cometen errores en su alimentación o se dejan llevar por malos hábitos como las dietas milagro

Siempre hay que tener en cuenta que no todos los grados de deporte conllevan el mismo aumento de necesidades y, por ello, no todas las personas activas deberán realizar cambios muy grandes respecto a la dieta sana de una persona estándar, solo tendrán que hacerlos aquellos deportistas cuyo nivel de actividad física realmente sea el suficiente como para ejercer un cambio notable.

INTRODUCCIÓN

Por ello realizaremos una distinción y consideraremos deportista a la persona que practica deporte diariamente al menos una hora, bajo esas condiciones sí que variarán de manera sustancial las necesidades nutricionales e hídricas.

A lo largo de los años, la población ha sido más y más consciente de los efectos positivos del ejercicio físico y del papel que la nutrición juega en este. Por esta razón y pese a mantener unos niveles de sedentarismo del 62.47% en en 2017 (Instituto Nacional de Estadística, 2017), es innegable el aumento del número de espacios relacionados con el deporte y el éxito que estos tienen. Ya bien sean gimnasios, asociaciones de determinados deportes o tiendas especializadas en material deportivo, todos estos negocios han encontrado a un público diana lo suficientemente extenso como para mantener e incluso aumentar el mercado durante los últimos años.

INTRODUCCIÓN

Este aumento se debe en parte a la oferta de actividades deportivas cada vez más accesibles y divertidas para todos, desde niños a mayores, tales como gimnasios low-cost (Aunión J.A., 2015), o clases colectivas (De Hoyos, H. 2016).

INTRODUCCIÓN

Este desarrollo nos confirma un aumento de la población “amateur”, es decir personas que llevan a cabo ejercicio como una actividad de ocio, cómo ayuda para el mantenimiento de la salud o cómo forma de lograr una mejoría en el aspecto físico. Este grupo poblacional se puede encontrar en una situación de desconocimiento respecto al amplio mundo de la nutrición deportiva. Un déficit de conocimientos que puede llevar a cometer fallos, especialmente cuando se dejan llevar por los consejos de otros deportistas amateur. Éstos pueden ser de buena ayuda cuando el otro deportista está bien informado, pero también pueden acabar en recomendaciones no muy deseables, con sus consecuentes cambios de hábitos desfavorables (Thomas 2016).

INTRODUCCIÓN

Los deportistas profesionales, por otro lado, suelen tener más conocimientos al respecto, y por ello no cometen tantos fallos en su nutrición básica. Sin embargo, sus objetivos son diferentes; buenos resultados en las competiciones. Esta presión a la que son sometidos los lleva a situaciones difíciles a nivel emocional (Sahni, 2017), donde las ideas de recurrir a métodos más rápidos y con menos esfuerzo son habituales.

En esta ocasión, aunque tengan más conocimientos de base que los amateurs, también requieren de una información especializada antes de llevar a cabo cualquier estrategia alimenticia o conductual alejada de las recomendaciones generales (Brouns, 2011).

INTRODUCCIÓN

Ambos grupos pueden perseguir diferentes objetivos, siendo el principal objetivo la mejoría en la salud, por lo que detectar, prevenir y corregir todos estos hábitos, así como aportar conocimientos y buenas costumbres deberían de ser nuestra prioridad respecto al paciente que se encuadre dentro del perfil de deportista o persona activa. Muchos sanitarios desconocen los aspectos específicos de esta nutrición y, como tal, sólo pueden recomendar dietas habituales, que, aunque no harán daño al paciente, no les permitirá conseguir el rendimiento máximo (o ni tan siquiera el esperado).

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Analizar la suplementación nutricional empleada en el ámbito del deportivo

Objetivos específicos

- Describir las funciones y recomendaciones de uso de los suplementos nutricionales.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de dos plataformas; PubMed y Google Académico, utilizando la primera como motor de búsqueda de artículos en inglés y la segunda como motor de búsqueda de artículos en castellano, aunque en ocasiones también se ha buscado en inglés y en francés.

Los descriptores utilizados han sido: Ejercicio, alimentación suplementaria, suplementación deportiva, nutrición, deporte.

RESULTADOS

1. Suplementación deportiva.

Los productos generados con la función de complementar los nutrientes aportados en nuestra alimentación básica se conocen con el nombre de suplementos.

Tradicionalmente los suplementos han sido definidos como: “Productos en forma de cápsulas, tabletas o líquidos que proporcionan ingredientes dietéticos, y que están destinados a tomarse por vía oral para aumentar la ingesta de nutrientes. Los suplementos dietéticos pueden incluir macronutrientes, tales como proteínas, carbohidratos y grasas, y/o micronutrientes, como las vitaminas, los minerales y los fitoquímicos” (DECS 2017). Son bastante comunes dentro de la población, estimando usos regulares de hasta un 48-53% en países como los EEUU (Dickinson 2014).

RESULTADOS

El creciente interés de la población en su influencia en el ámbito deportivo ha generado un mercado específico que ha aumentado la variedad de productos y ha ido mucho más allá que los suplementos tradicionales. De esta manera, los principales suplementos consumidos por la gente con buen estado de salud son aquellos que permitan mejorar su rendimiento deportivo o su aspecto físico (Colls 2015) en entornos competitivos su uso sube hasta el 86% de uso en los seis meses previos a los estudios (Ognio 2016).

Para muchas personas que practican deporte, llevar un régimen dietético bien equilibrado es muy difícil debido a limitaciones de tiempo y conocimientos y, al tener necesidades nutricionales aumentadas, con frecuencia se generan déficits.

RESULTADOS

Los deportistas profesionales pueden dedicarse por completo a organizar su dieta de una manera más equilibrada, y aun así los suplementos pueden aumentar el consumo de algún nutriente que tendría beneficios en su rendimiento deportivo o en su salud. Por ello ambos grupos (amateurs y profesionales) son candidatos a utilizar los suplementos nutricionales. Su consumo ha ido en incremento según ha ido aumentando la población diana.

RESULTADOS

Debido a la gran variedad de suplementos se ha considerado apropiado dividirlos en tres tipos basándonos en la clasificación establecida por Santos (2015), que separa los suplementos en base a su función. Sin embargo, se ha considerado apropiado realizar cambios para adaptarla.

RESULTADOS

1.1 Suplementos de estimulación y energéticos.

- Suplementos enfocados a estimular al consumidor o a proporcionarle energía, ya sea antes durante o después del ejercicio. Los principales son:
- Bebidas energéticas: Las bebidas energéticas para deportistas suponen a la vez una fuente de hidratación y de hidratos de carbono de absorción lenta, con el añadido de proporcionar un sabor agradable que facilita su consumo. Están recomendadas en deportes prolongados, pues permiten mantener una concentración de hidratos de carbono estable y al no ser un alimento sólido se puede consumir a la par que se realiza el ejercicio, sin necesidad de interrumpirle.
- Barritas energéticas: Cumplen funciones muy similares al grupo anterior, pero están más enfocadas a deportes de larga duración durante los cuales los usuarios pueden, además de beber, comer durante la práctica del ejercicio, como el alpinismo o el ciclismo.

RESULTADOS

- Cafeína: Además de estar presente en el café, muchos suplementos han añadido cafeína a su composición por su función estimulante. Hasta el momento se ha determinado una mejoría en el rendimiento en los deportes aerobios de media-larga evolución, sin embargo, no está relacionada con una mejoría en los deportes intensos y de poca duración. Afecta al cuerpo mediante estimulación nerviosa, mejora de la función cognitiva, retraso de la sensación de fatiga, etc. (Ramírez 2013). Debido a la extrema popularidad de esta sustancia en nuestra sociedad, hay personas que desarrollan tolerancia a su efecto y, por lo tanto, todos estos efectos positivos serán más débiles en ellos.

RESULTADOS

- Ginseng: Habitualmente presente en las bebidas energéticas, el ginseng es un componente de la familia de las plantas Panax (Ginseng) con propiedades sobre el eje hipotálamo-pituitario-adrenal, que propicia una respuesta estimulante. No se poseen evidencias de que estimule a nivel cognitivo, sólo lo hace a nivel físico (mejorando la tolerancia a la fatiga), por lo que otros estimulantes son más recomendados a la hora de realizar deporte (una mejora en la capacidad de respuesta conlleva en la mayoría de los deportes unos resultados más deseados).
- L-teanina: Este aminoácido presente en el té se comercializa como suplemento nutricional porque produce un estado de alerta en su consumidor a la par que genera sensación de relajación (contrastando con todos los demás estimulantes que pueden generar sensación de estrés) (Baker 2013).

RESULTADOS

1.2 Suplementos de desarrollo muscular y optimización metabólica.

Suplementos que fomentan la creación de fibras musculares, así como aquellos que modifican el metabolismo persiguiendo una mejor adaptación deportiva. Se han agrupado estas dos funciones aparentemente bien diferenciadas debido a que muchos de estos suplementos las comparten.

RESULTADOS

- Taurina: Se trata de un aminoácido condicional, que, aunque se produce en el organismo humano, cubriendo las necesidades, en situaciones específicas (como una gran cantidad de actividad física) se aumenta su consumo y una suplementación aumentaría las reservas. Su consumo estimula la oxidación lipídica, permitiendo un vaciado más lento de las reservas de glucógeno y, por consiguiente, aumentando la resistencia en ejercicios prolongados. Por otro lado, aporta una mejoría en la contracción muscular y relajación muscular, por consiguiente, su desarrollo aumenta y se reducen los calambres, mejorando la recuperación del ejercicio (Salinero 2012). Suele presentarse en bebidas energizantes que funcionan mediante el aumento de las concentraciones sanguíneas de metilxantinas. Un abuso de estas sustancias se asocia a problemas cardiocirculatorios (Menendez 2011).

RESULTADOS

- L-Carnitina: Este aminoácido semiesencial aumenta la movilidad de los ácidos grasos, propiciando una activación más rápida de estos como recurso energético. También estimula el metabolismo de las células musculares. Por todo ello, es un suplemento muy adecuado en las personas que persiguen como objetivo la pérdida de peso, la definición muscular y la resistencia en deportes de larga duración (Salinero 2012). Todos estos efectos siguen en investigación, puesto que, aunque muchos estudios establecen dichas relaciones, otros muestran resultados contradictorios y, a día de hoy continúa la controversia de este suplemento que tuvo su pico de popularidad en la última década, entre los deportistas (Gómez 2009), llegando a ser uno de los más utilizados (Sánchez, 2018).

RESULTADOS

- Concentrados de aminoácidos: Los aminoácidos, son semiesenciales como la L-Carnitina, pero debido a su menor uso han sido agrupados en este punto. Tienen variaciones, pero, suelen incluir los dos explicados con anterioridad y, se le añaden otros aminoácidos que en deportistas aumentan sus necesidades convirtiéndose en esenciales, como son: Alanina, Arginina, Glutamina, Cisteina y Tirosina (Naclarecio 2007).

RESULTADOS

- **Concentrados proteicos:** Este grupo de suplementos es el más popular, con variaciones en función del estudio de entre 28% (Sánchez 2008) y el 39,7% (Aguilera 2016) pero encontrándose siempre como el método más usado entre la población que acude a los gimnasios (Donde suelen realizarse estos estudios). Estos concentrados suelen utilizar las proteínas de la leche (caseína y suero) o del huevo, con alto valor biológico. Estimulan la recuperación y la potencia muscular. Tiene resultados demostrados, pero hay un campo en el que genera debate, la cantidad de proteínas que se recomienda tomar. Existe un umbral que define cuando empiezan a hacer efecto, al igual que hay un tope en el que por más proteínas consumidas no aumentarán el efecto, y, tanto en un valor como en el otro se siguen desarrollando investigaciones.

RESULTADOS

- Creatina: este compuesto de tres aminoácidos no esenciales se acumula en el músculo esquelético y maneja las necesidades del metabolismo celular por lo que un aumento en su ingesta permite una mayor adaptación deportiva (enfocada a ejercicios intensos, de corta duración o de series de repeticiones cortas). No aumenta la generación de fibras musculares, pero sí que incrementa el rendimiento de las existentes y su potencial aumento del 20% de las reservas de esta sustancia puede suponer un incremento en la masa muscular (especialmente a largo plazo porque mejora el rendimiento de los entrenamientos). También reduce el daño muscular y previene de ciertas enfermedades relacionadas con pérdida de masa muscular o trastornos degenerativos del sistema central (Poortsman 2016). Aunque no presenta efectos secundarios (Rodríguez 2015), el aumento de peso que conlleva el aumento de la masa muscular hace que sea desaconsejada en determinados deportes que requieren agilidad o en donde se valore una imagen corporal delgada (Bean 2007).

RESULTADOS

1.3 Suplementos para mejorar la recuperación

- Suplementos que tienen como finalidad, prevenir los efectos indeseables que puede conllevar el ejercicio, bien sea reponiendo energías o proporcionando nutrientes que eviten estos síntomas. En esta ocasión se incluirían aquí las bebidas energéticas y las barritas energéticas tratadas con anterioridad. La razón es sencilla, prevenir la depleción de glucógeno tras los ejercicios mediante el uso de hidratos de carbono de absorción lenta (y en el caso de las bebidas energéticas, la reposición de líquidos).

RESULTADOS

Además, podemos encontrar los siguientes suplementos:

- **Suplementos vitamínicos:** Este grupo de suplementos suelen comprender una mezcla entre diferentes vitaminas con efectos diversos. Como pudimos ver en el apartado de los nutrientes básicos, las vitaminas tienen unas funciones muy variadas y útiles para la salud de un deportista, destacando sus propiedades a nivel metabólico, antioxidante, en la absorción del calcio y en el desarrollo y mantenimiento de tejidos del aparato locomotor. No se ha encontrado una relación directa entre el consumo de suplementos vitamínicos y el rendimiento deportivo (BrissWalter 2013). Aun así, los complejos vitamínicos son uno de los suplementos más usados habitualmente, llegando en recientes estudios a un 16.5% del uso de los suplementos, solo superado por los suplementos proteicos. Cabe destacar la diferencia por sexo de sus consumidores, siendo mucho más utilizado por las deportistas mujeres (Aguilera 2016). Esta tasa debe ser analizada con la perspectiva que plantea el uso de este tipo de suplementos como apoyo para la salud más allá del deporte.

RESULTADOS

- **Glutación y glutamato:** El glutación es un tripéptido antioxidante especialmente eficaz eliminando las especies reactivas derivadas del oxígeno. Aunque también presenta funciones de control metabólico, estas no son tan provechosas en el ámbito deportivo como lo puede ser su función antioxidante. Existen más suplementos antioxidantes, pero este es el más frecuentemente utilizado. Además, su uso durante al menos 2 semanas ha mostrado reducciones en el nivel de ácidos grasos plasmáticos, así como una inhibición de la acidificación de los músculos derivada del ejercicio, permitiendo un ambiente menos ácido que previene de la fatiga muscular asociada al ejercicio (Aoi 2015). Respecto al glutamato, se llegó a comercializar como suplemento esperando obtener resultados similares al glutación, pero acabó por ser rechazado debido a su neurotoxicidad (Newsholme 2016).

RESULTADOS

- Glutamina: este aminoácido no esencial reduce la pérdida de masa muscular y el daño oxidativo, también tiene funciones inmunitarias que se reducen al bajar los niveles de esta sustancia en sangre como consecuencia del ejercicio. También sirve para transportar nitrógeno reduciendo la posibilidad de acumular tóxicos (Gleeson 2008). Debido a todo ello es un buen aminoácido para consumir tras la práctica de ejercicio. Sin embargo y pese a tener las cualidades necesarias para potenciar el rendimiento deportivo, los estudios no se muestran acordes respecto a su efecto como tal sin tener en cuenta asociaciones con otros suplementos o de carbohidratos o de aminoácidos, especialmente la creatina (Newsholme 2016).

RESULTADOS

- Ácido linoleico: Esta variante de ácido graso proporciona cualidades antiinflamatorias y mejora la captación muscular de oxígeno y otros nutrientes, por lo que se utiliza como suplemento para mejorar la recuperación deportiva.

CONCLUSIONES

- Es necesaria una adaptación de los hábitos alimenticios si se espera sacar el máximo rendimiento del deporte. Este hecho es conocido por la mayoría de los deportistas y, aunque muchos estén informados y asesorados, otros solo conocen ideas superficiales escuchadas en el gimnasio o a su grupo de amistades, siendo especialmente comunes la importancia de los hidratos de carbono y de las proteínas para poder rendir mejor y desarrollar más músculo. Sin embargo, conocer sólo parte de los cambios en las necesidades y ser consciente de la importancia de la alimentación hace que se realicen cambios de conducta ignorando los problemas que estos pueden conllevar.

CONCLUSIONES

- Todo esto se une con la popularidad en los recientes años de la existencia de los suplementos nutricionales para deportistas. Productos útiles para la mejora del rendimiento deportivo, pero con considerables problemas asociados en caso de un uso indebido o abusivo, razón por la cual se recomienda la asistencia a un centro con profesional especializado donde se recomiende qué suplemento utilizar en caso de ser necesario (Aguilera, C. J., Rodríguez, F., Vieira, M. T., Serrano, J. C. y Leiva, N. G, 2016).

CONCLUSIONES

- El mal uso de los suplementos proteicos no es el único problema dentro de la nutrición deportiva; hay muchos otros más que merece la pena abordar como un problema de salud, como las dietas milagro, o el elevado consumo de alimentos proteicos. Todos estos problemas están afectando cada vez a edades más tempranas debido a la importancia que va cobrando la imagen corporal en la adolescencia y a la exigencia y presión que sufren en las competiciones (Dickinson, A., Blatman, J., El-Dash, N. y Franco, J. C, 2014 y Colls, C., Gómez, J. L., Cañadas, G. A. y Fernández, R, 2015).

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, C. J., Rodríguez, F., Vieira, M. T., Serrano, J. C. y Leiva, N. G. (2016). Consumo, características y perfil del consumidor de suplementos nutricionales en gimnasios de Santiago de Chile. *Revista Andaluza de Medicina del Deporte*, 9(3), 99-104.
- Aoi, W., Ogaya, Y., Takami, M., Konishi, T., Sauchi, Y., Park, E. Y. y Higashi, A. (2015). Glutathione supplementation suppresses muscle fatigue induced by prolonged exercise via improved aerobic metabolism. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 12(1), 7.
- Baker L. (2013). Efectos de los componentes de la dieta sobre el rendimiento. *Sports Science*, 26(119), 1-6.

BIBLIOGRAFÍA

- Bartlett, J. D., Hawley, J. A., y Morton, J. P. (2015). Carbohydrate availability and exercise training adaptation: too much of a good thing?. *European journal of sport science*, 15(1), 3-12.
- Brisswalter, J. y Louis, J. (2013). Vitamin supplementation benefits in master athletes. *Sports Medicine*, 44(3), 311-318.
- Colls, C., Gómez, J. L., Cañadas, G. A. y Fernández, R. (2015). Uso, efectos y conocimientos de los suplementos nutricionales para el deporte en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 32(2).

BIBLIOGRAFÍA

- Daher, E. F., Júnior, G. B. S., Queiroz, A. L., Ramos, L. M., Santos, S. Q., Barreto, D. M. y Patrocínio, R. M. (2009). Acute kidney injury due to anabolic steroid and vitamin supplement abuse: report of two cases and a literature review. *International urology and nephrology*, 41(3), 717-723.
- Dickinson, A., Blatman, J., El-Dash, N. y Franco, J. C. (2014). Consumer usage and reasons for using dietary supplements: report of a series of surveys. *Journal of the American College of Nutrition*, 33(2), 176-182.
- Gleeson, M. (2008). Dosing and efficacy of glutamine supplementation in human exercise and sport training. *The Journal of nutrition*, 138(10), 2045S-2049S.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez-Campos, R. (2009). La carnitina como suplemento nutricional. *Educación física Chile*, (268), 23-32.
- Gómez del Valle, M., Rosety, M., Ordoñez, F. J., & Ribelles, A. (2002). Efecto de la hora del día sobre parámetros bioquímicos y desempeño físico.
- Gonzalez, G. y García. D. (2011). Ejercicio físico y radicales libres, ¿es necesaria una suplementación con antioxidantes? *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 12 (46), pp. 369-388.

BIBLIOGRAFÍA

- González, J. A., Cobos, I. y Molina, E. (2010). Estrategias nutricionales para la competición en el fútbol. *Revista chilena de nutrición*, 37(1), 118-122.
- Hargreaves, M., Hawley, J. A. y Jeukendrup, A. (2004). Pre-exercise carbohydrate and fat ingestion: effects on metabolism and performance. *Journal of sports sciences*, 22(1), 31-38.
- Hatmaker, G. (2005). Boys with eating disorders. *The journal of school nursing*, 21(6), 329-332.

BIBLIOGRAFÍA

- Hausswirth, C. y Le Meur, Y. (2011). Physiological and Nutritional Aspects of Post-Exercise Recovery. *Sports Medicine*, 41(10), 861-882.
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). Sedentarismo según Sexo y Comunidad Autónoma. Recuperado de: <http://www.ine.es/>.
- Jean, G. (2017). How can we restrict the sale of sports and energy drinks to children?. *Australian Dental Journal*. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com>.
- Khodaei, M., Olewinski, L., Shadgan, B. y Kinningham, R. R. (2015). Rapid weight loss in sports with weight classes. *Current sports medicine reports*, 14(6), 435-441.

BIBLIOGRAFÍA

- Lamb, D. R. y Shehata, A. H. (2000). Beneficios y Limitaciones de la Pre Hidratación. *PubliCE Lite*. Disponible en: <http://g-se.com>.
- López, M. (2009, Jul). Las dietas hiperproteicas y sus consecuencias metabólicas. In *Anales venezolanos de nutrición* (Vol. 22, No. 2).
- Martínez, I., Periago, M. J. y Ros, G. (2000). Significado nutricional de los compuestos fenólicos de la dieta. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 50(1), 5-18.
- Martínez, J. M., Urdampilleta, A. y Mielgo, J. (2013). Necesidades energéticas, hídricas y nutricionales en el deporte. *Motricidad. European Journal of Human Movement*, 30.

BIBLIOGRAFÍA

- Mason, W. L., McConell, G. y Hargreaves, M. (1993). Carbohydrate ingestion during exercise: liquid vs solid feedings. *Medicine and science in sports and exercise*, 25(8), 966-969.
- Menéndez, M. C., Garzón, C. X. R., Torres, M. Y. S. y Lemus, A. M. (2011). Bebidas energizantes: ¿hidratantes o estimulantes?. *Revista de la Facultad de Medicina*, 59(3), 255.
- Moore, M. J. y Chudley, E. (2005). Sport and physical activity participation and substance use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 36(6), 486-493.
- Moreiras, G. V., Torres, J. M. Á., Vives, C. C., de la Calle, S. D. P. y Moreno, E. R. (2009). Valoración de la Dieta Española de acuerdo al Panel de Consumo Alimentario. *Distribución y consumo*, 19(105), 20-28.

BIBLIOGRAFÍA

- Müller, A., Loeber, S., Söchtig, J., Te Wildt, B. y De Zwaan, M. (2015). Risk for exercise dependence, eating disorder pathology, alcohol use disorder and addictive behaviors among clients of fitness centers. *Journal of behavioral addictions*, 4(4), 273-280.
- Naclerio, F. (2007). Utilización de las Proteínas y Aminoácidos como Suplementos o Integradores Dietéticos. *PubliCE Standard*. Disponible en: <https://g-se.com/>.
- Newsholme, P., Krause, M., Newsholme, E., Stear, S., Burke, L. y Castell, L. (2016). Revisiones BJSM: A–Z de los Suplementos Nutricionales: Suplementos Dietarios, Alimentos para la Nutrición Deportiva y Ayudas Ergogénicas para la Salud y el Rendimiento: Parte 18. *PubliCE Premium*. Disponible en: <https://g-se.com/>.

BIBLIOGRAFÍA

- Ognio, G. y Segura, E. R. (2016). Explorando el uso de suplementos nutricionales por deportistas peruanos: un estudio piloto en Lima, Perú, 2015. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 508-508.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2015). *Macronutrientes y micronutrientes*. Recuperado de: <http://www.fao.org>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2002). Composición corporal, funciones de los alimentos, metabolismo y energía. *Depósito de Documentos de la FAO*.
- Organización mundial de la salud (2017). *Nutrientes*. Recuperado de: <http://www.who.int>

BIBLIOGRAFÍA

- Parr, E. B., Camera, D. M., Areta, J. L., Burke, L. M., Phillips, S. M., Hawley, J. A. y Coffey, V. G. (2014). Alcohol ingestion impairs maximal post-exercise rates of myofibrillar protein synthesis following a single bout of concurrent training. *PLoS One*, 9(2), e88384.
- Perricone, N. (2005). *Cómo prolongar la juventud: la revolución antiedad*. Ediciones Robinbook.
- Poortmans, J. R., Rawson, E. S., Burke, L. M., Stear, S. J. y Castell, L. M. (2016). A–Z de los Suplementos Nutricionales: Suplementos Dietarios, Alimentos para la Nutrición Deportiva y Ayudas Ergogénicas para la Salud y el Rendimiento: Parte 11. *PubliCE Premium*. Disponible en: <https://g-se.com/>.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramírez, C.A. y Osorio, J. H. (2013). Uso de la cafeína en el ejercicio físico: ventajas y riesgos. *Revista de la Facultad de Medicina*, 61(4), 459-468.
- Richard, R. (2014). Nutrition du sportif, apports macronutritionnels en fonction des disciplines. *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 28(4), 272-278.
- Rodriguez, N. R., DiMarco, N. M. y Langley, S. (2009). Position of the American dietetic association, dietitians of Canada, and the American college of sports medicine: nutrition and athletic performance. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(3), 509-527.
- Rodríguez, Y. (2015). *Análisis de la suplementación con proteínas en el deporte: uso y efectos de la creatina y el suero de leche* (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de León, España.

BIBLIOGRAFÍA

- Ruiz, F., Cruz, E. D. L. y García, M. E. (2009). Motivos para la práctica deportiva y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes españoles. *Salud Pública de México*, 51(6), 496-504.
- Sahni, M. y Bhogal, G. (2017). Anxiety, depression and perceived sporting performance among professional cricket players. *Br J Sports Med*, bjsports-2017. Disponible en: <http://bjsm.bmj.com>.
- Salinero, J. J. (2012). Taurina y L-Carnitina. Acción y efectos en el rendimiento deportivo. *EFDeportes.com*, 116.

BIBLIOGRAFÍA

- Santos A. (2015). *Nutrición deportiva para gente activa* (Tesis de pregrado). Universidad de La Rioja, Logroño, España.
- Spriet, L. L. (2014). New insights into the interaction of carbohydrate and fat metabolism during exercise. *Sports medicine*, 44(1), 87-96.
- Suzuki, K., Hashimoto, H., Taewoong, O. H., Ishijima, T., Mitsuda, H., Peake, J. M. y Higuchi, M. (2013). The effects of sports drink osmolality on fluid intake and immunoendocrine responses to cycling in hot conditions. *Journal of nutritional science and vitaminology*, 59(3), 206-212.
- Travis, D. T., Erdman, K. A., Burke, L. M. y MacKillop, M. (2016). Nutrición y Rendimiento Deportivo. *PubliCE Premium*. Disponible en: <http://bjsm.bmj.com>.

BIBLIOGRAFÍA

- Thomas, D. T., Erdman, K. A. y Burke, L. M. (2016). Position of the academy of nutrition and dietetics, dietitians of canada, and the american college of sports medicine: Nutrition and athletic performance. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116(3), 501-528.
- Umbría G. (2015). *La importancia de la alimentación en el deportista* (Tesis de pregrado). Universidad de La Rioja, España.
- Directiva 2002/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 10 de junio de 2002, *relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros en materia de complementos alimenticios*. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu>.

BIBLIOGRAFÍA

- Williams RD., Housman JM., Odum M. y Rivera AE. (2017 Mayo). Energy drinks use linked to high-sugar Beverage Intake and BMI among Teens. *Am J Health Behav*, 41 (3), 259-265.
- Wilmore, J. H. y Costill, D. L. (2004). *Fisiología del esfuerzo y del deporte*. Editorial Paidotribo.
- Wessel, T. R., Arant, C. B., Olson, M. B., Johnson, B. D., Reis, S. E., Sharaf, B. L. y Pepine, C. J. (2004). Relationship of physical fitness vs body mass index with coronary artery disease and cardiovascular events in women. *Jama*, 292(10), 1179-1187.
- Zepeda, E., Franco, K. y Valdés, E. (2011). Estado nutricional y sintomatología de dismorfia muscular en varones usuarios de gimnasio. *Revista chilena de nutrición*, 38(3), 260-267.

TEMA 8. MOVIMIENTO ANTIVACUNAS, POSICIONAMIENTO ENFERMERO E IMPLICACIONES ÉTICAS.

**MARÍA JESÚS MÍNGUEZ LÓPEZ
RAMÓN ORTEGA TORTOSA
CARLOS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ**

ÍNDICE

- 1. MOVIMIENTO ANTIVACUNAS
- 2. ARGUMENTOS PARA RECHAZAR LA VACUNACIÓN
- 3. LOS ARGUMENTOS MÁS PREOCUPANTES
- 4. FACTORES DE INFLUENCIA EN EL RECHAZO A LA VACUNACIÓN
- 5. IMPLICACIONES ÉTICAS
- 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MOVIMIENTO ANTIVACUNAS

No es un movimiento homogéneo, ni en su origen ni en sus reivindicaciones. Así mismo lo que ocurre es que también difieren entre sí los argumentos en los que se basan sus demandas.

Las más conocidas son las razones ligadas a la seguridad vacunal, pero también se justifica la negativa a cumplir el calendario vacunal por creencias religiosas e ideológicas, por dudas sobre la eficacia de la vacunación o por el constante aumento del número de vacunas, de sus compuestos y de los grupos de riesgo.

2. ARGUMENTOS PARA RECHAZAR LA VACUNACIÓN

Para algunas creencias religiosas o sus interpretaciones, las vacunas suponen una ruptura con el equilibrio natural de las cosas, son algo externo e innecesario. También puede ser debido a un sentimiento de violación de la voluntad divina, acompañado de la idea de que es mejor pasar la enfermedad de manera natural.

Por otro lado, también argumentan estos grupos que se trata de un negocio del Sistema Nacional de Salud.

También encontramos otro tipo de posicionamiento, el que plantean las personas que defienden las prácticas de estilos de vida saludables y alternativos, prefiriendo en ocasiones todo lo natural frente a lo químico.

Son frecuentes las dudas en cuanto a la eficacia de las vacunas, creyendo que la disminución de la incidencia de las enfermedades vacunables no se debe a estas, sino a las mejoras socioeconómicas que han propiciado un clima de salubridad favorable. Así se cuestiona tanto la necesidad de vacunarse, como la eficacia y efectividad de las vacunas.

También surgen cuestiones en cuanto a la seguridad vacunal, haciendo referencia a los efectos secundarios y a la posible relación causal entre la vacuna y la aparición de determinadas enfermedades de origen desconocido, relacionadas con el sistema inmunitario o con la propia enfermedad contra la que se está vacunando. Tiende a centrarse en el temor a las vacunas nuevas, las combinadas y en la toxicidad de conservantes o adyuvantes. Los temores a los efectos secundarios denotan mayor preocupación que el hecho de padecer la enfermedad. Se alude a la opacidad por falta de información y se acuda a las autoridades sanitarias de silenciar determinadas reacciones graves.

La argumentación anterior está basada en la compleja cuestión de la percepción social del riesgo, la cual puede estar determinada por experiencias previas negativas de los padres que conozcan de primera mano o a través de los medios de comunicación, o por la influencia del entorno, fundamentalmente a través de amigos y familiares.

Otros argumentos pueden estar referidos a las consecuencias no deseadas de la vacunación, y relacionadas con el profesional de Enfermería, como molestias ocasionadas por los pinchazos en niños muy pequeños o las consecuencias de una mala técnica, que pueden afectar al nervio ciático o producir abscesos en el lugar de la inoculación.

También hay quejas en cuanto al calendario vacunal, pues no se considera saludable que cada vez sean más las vacunas que se administran en el mismo periodo de tiempo; así mismo se ve con recelo que se amplíe la población susceptible de ser vacunada, ya que incluye grupos de riesgo, como ejército y personal sanitario, mujeres, en el caso de la vacuna del VPH y ancianos, con la vacuna antigripal.

3. LOS ARGUMENTOS MÁS PREOCUPANTES

Desde el punto de vista de los profesionales enfermeros, preocupa especialmente en primer lugar, que se niegue que el descenso de la incidencia en las enfermedades se deba a las vacunas.

Otro motivo de preocupación es que estos grupos suelen utilizar como prueba argumental ejemplos y estadísticas de personas vacunadas que, a pesar de ello, contrajeron la enfermedad.

Pero sin embargo el argumento más repetido consiste en ir sumando alteraciones graves y enfermedades en niños vacunados coincidiendo su diagnóstico en el tiempo con el de la administración de la vacuna.

4. FACTORES DE INFLUENCIA EN EL RECHAZO A LA VACUNACIÓN

- Los propios profesionales de Enfermería ya han analizado la situación, dando la voz de alarma de que existe un rechazo o renuncia a las vacunaciones masivas o a algún tipo de vacuna, como es el caso del VPH. En este caso se originaron debates internos en el seno de la comunidad científica mientras se iban cumpliendo los trámites para su inclusión, debates que han creado confusión en los padres.
- También se han detectado entre los profesionales problemas relacionados con la gestión de las vacunaciones masivas sistemáticas.

5. IMPLICACIONES ÉTICAS

La implementación de nuevos reparados vacunales exige Prudencia y un posicionamiento crítico. Su decisión debe regirse por criterios de efectividad, seguridad y eficiencia.

Especialmente relevante desde el punto de vista ético es, en estas situaciones, la cuestión de la información que los agentes sociales implicados proporcionan a la población, así como la amplificación o atenuación del mensaje que realizan los medios de comunicación.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Davey S. Vacunas e inmunización: situación mundial. Nueva York: Unicef; 1997.
- 2. Lopera Pareja E. El movimiento antivacunas. Fuencarral (Madrid): Catarata; 2016.
- 4. OMS, UNICEF, Banco Mundial. Vacunas e inmunización: situación mundial. Tercera edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
- 5. Alcántara González M.A. Programa de formación en vacunas para enfermería: vacunas en la infancia. Madrid: Ergon; 2006.
- 6. Vacunasaep.org [actualizado abril 2016; citado 21 marzo 2019]. Disponible en: <http://www.vacunasaep.org/>

TEMA 9. EL CELADOR Y TRES PREJUICIOS SOCIALES.

JOSÉ MIGUEL MILLÁN DURÁN

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN.**
- **SEXISMO EN EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**
- **BORRACHO O INTOXICADO.**
- **BLANCOS, NEGROS O AMARILLOS.**
- **REFLEXIÓN PERSONAL.**
- **CONCLUSIÓN.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN

Los celadores tenemos una serie de funciones que implican atender usuarios o acompañantes que pueden ser de naturaleza muy diversa, pero ante todo hay que tener claro que la raza o etnia, el estado de conciencia, el sexo o la edad de un paciente, por ejemplo, no deben formar en nosotros opiniones globales, sino que por el contrario **es importante percibir a la persona a través del tipo de ayuda que necesita por encima de apreciaciones superficiales.**

Lo que aquí se aborda son solo tres prejuicios comunes como son el machismo, el racismo y un tercero relativo a las personas en estado de embriaguez, todos ellos con bastante presencia en la sociedad.

SEXISMO EN EL ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Literalmente dice que: “Los celadores realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomienden cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar” Artículo 14.2 3ª.

3.ª Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.

Como se puede apreciar incluso en el estatuto encontramos prejuicios. Esta reminiscencia del pasado preconstitucional, viene a decir a los celadores que la fregona, el trapito y la escoba son para las chicas. ¿Pero es solo eso? ¿Una reminiscencia?

Solo diré que los celadores somos parte de la sociedad y nadie pone en duda que en la nuestra aún queda mucho trabajo por hacer en materia de igualdad.

A continuación se expone brevemente el resultado de unos estudios que arrojan algo de luz a las supuestas diferencias entre hombres y mujeres.

En dos libros escritos por Louann Brizendine, “el cerebro masculino” y “el cerebro femenino”, se explica a través de la neurociencia que los hombres y las mujeres tenemos diferencias en nuestros cerebros donde queda de manifiesto que el de ellas muestra una mayor complejidad.

Por otra parte la revista BMC Psychology publicó un estudio

que concluye que las mujeres son mejores que los hombres en la multitarea. El estudio afirma que están mejor preparadas para ocuparse de varias tareas de manera simultánea.

También tenemos el trabajo de James Flynn, profesor neozelandés que realizó ciertos estudios científicos que apuntaban hacia una mayor habilidad en general de las mujeres respecto a los hombres y que el coeficiente intelectual de ellas está creciendo a mayor ritmo en los últimos años por tener que realizar más tareas dentro del ámbito doméstico a la vez que combinan vidas laborales y familiares, pero sobre todo por tener que esforzarse más en afrontarlas como consecuencia de una sociedad aún aquejada de desigualdades laborales sexistas o brechas salariales. Flynn concluye que el CI de las mujeres seguirá creciendo más rápidamente que el masculino.

Dicho esto, **tal vez sería más apropiado reformar el estatuto marco asignando a las mujeres trabajos que**

requieran la realización de más de una tarea a la vez, pero claro, esto sería objeto de controversia.

Las compañeras y usuarias del servicio de salud merecen que no se produzca ni la más mínima presencia de prejuicios que aún hoy suponen motivo de vergüenza para sociedades que se dicen a sí mismas avanzadas en materia de igualdad.

¿BORRACHO O INTOXICADO?

Uno de los problemas sociales que siempre están de actualidad es el consumo excesivo de alcohol y sus efectos ahora que los jóvenes se inician cada vez más pronto.

Pero a veces los celadores tenemos que lidiar con quienes sufren una intoxicación etílica con toda la problemática que esto implica. Saber entender a la persona que sufre los síntomas del abuso de alcohol, supone una ventaja teórica a la hora de afrontar dichas situaciones. Debemos tener en cuenta que este tipo de paciente tiene alterado su estado de conciencia y percibe la realidad de distinta manera a nosotros o incluso a sí mismo cuando no se encuentra en ese estado.

Personalmente creo que debemos hablar de intoxicados pues parece más respetuoso y profesional que la palabra borracho con todos los matices despectivos que lleva consigo, incluso cuando el consumo es crónico deberíamos hablar de enfermo

alcohólico intoxicado por consumo de alcohol para ser más precisos en la descripción.

La ONS declaró al alcoholismo como enfermedad en 1976, concretamente lo llamo síndrome de dependencia alcohólica y lo describió como “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”.

Por ello debemos aplicar el principio de equidad de manera respetuosa como con el resto de enfermos, tanto a los intoxicados puntuales (en el episodio concreto) como a los bebedores crónicos, y ser consecuentes con esto, aunque a veces no nos quede más remedio que intervenir de manera espontánea si el paciente no dejara otra opción, o solicitar la

ayuda del servicio de seguridad si fuera necesario para evitar una situación problemática que pudiera llegar a descontrolarse.

Hay que superar estereotipos culturales que nos pudieran inducir a apreciar el problema con cierta liviandad o interpretar comicidad en un paciente que sufre este tipo de episodio.

BLANCOS, NEGROS O AMARILLOS

Si todos fuéramos ciegos ¿Qué sería el color de la piel o qué importancia tendría?

Los genes responsables del color de la piel provienen del cruce entre especies de humanos diferentes que compartieron franja temporal y geográfica, excepto en la raza subsahariana que resulta tener “la única piel original del homo sapiens”. La mayoría de seres humanos no pueden presumir de pureza de raza ya que ni siquiera son puros de especie, casi todos somos híbridos en mayor o menor medida, aunque sería estúpido presumir de algo que no representa ningún mérito como es la lotería genética o el azar que interviene cuando dos seres humanos se reproducen. Deberíamos más bien presumir de cosas tales como ser útiles al colectivo, eficientes en el desempeño de nuestras funciones o de prestar ayuda a quién la necesita por citar algunos ejemplos.

Por tanto igual de estúpido es despreciar a alguien por características circunstanciales que no dependen de uno mismo como la raza o nacionalidad. Digamos que no nacemos aquí o allá ni así o asá, si no que “nos nacen” en un lugar determinado y en un contexto concreto.

Por otra parte he tenido la impresión, no tan excepcionalmente, de que **algunos individuos pertenecientes a colectivos o etnias acostumbradas a ser víctimas de prejuicios sociales, acuden a los centros sanitarios con cierto recelo y especialmente sensibilizados ante un hipotético trato discriminatorio**, por ello es importante limpiar nuestra mente de cualquier estereotipo.

REFLEXIÓN PERSONAL

El prejuicio es absurdo y nos induce al error de percepción porque tendemos a “sacar conclusiones globales de grupos o etnias de personas, sin conocerlas de manera individual”, o al menos esto afirmaba el psicólogo y pedagogo Edward Thorndike.

Thorndike “acuñó en 1920 el término efecto halo para describir un sesgo cognitivo que consiste en la emisión de juicios a través de los escasos datos que tenemos cuando conocemos a alguien por primera vez”. Prejuizar a alguien, sin conocer sus circunstancias, por su raza, religión, aspecto físico, sexo, dolencia física o estado de conciencia es algo poco profesional ya que todos los seres humanos somos distintos unos de otros. Incluso los gemelos tienen diferencias que los distinguen. Pero también las vivencias de cada uno

aportan influencias en nuestro cuerpo y forma de ser, cicatrices, traumas, peculiaridades de comportamiento, etc. Es esta diferencia a nivel individual es lo que nos hace iguales a nivel colectivo, ya que todos tenemos en común que somos un ser vivo irrepetible perteneciente a la especie humana, una joya evolutiva que la naturaleza se ha esforzado en diseñar a lo largo de incontables milenios.

Nadie se libra de esta diferencia porque no existe la igualdad absoluta en la naturaleza. Esta variedad es infinita, nadie tiene la piel exacta a la de otro, nadie puede respirar dos veces el mismo aire, aire que produce sutiles cambios en nuestro cuerpo, por lo que ni siquiera somos iguales a nosotros mismos después de cada respiración, incluso una décima de segundo es suficiente para que nuestras partículas, átomos o moléculas cambien de posición en el espacio-tiempo, y si no somos siquiera materia estática, porque la materia está en constante movimiento a nivel atómico, ¿Cómo podríamos ser

completamente iguales a algo o a alguien que está también en constante metamorfosis?. Por eso debemos, en principio, tener todos los mismos derechos y recibir trato similar independientemente de las diferencias que tengamos como integrantes de determinados colectivos. Esta diferencia universal en los seres humanos sólo se puede ser gestionada a través de una igualdad de trato genérica y a priori. Cuanto más en la sanidad.

Un celador que se diga a sí mismo responsable, eficiente o profesional no puede tener sesgos hacia los usuarios del sistema sanitario vengan de donde vengan.

CONCLUSIÓN

Cualquiera puede crear argumentos para justificar sus prejuicios o para rebatirlos, otra cosa es la validez de estos. Como celadores que atienden a la legalidad vigente y a la ética no podemos permitirnos el tener prejuicios.

Sería deseable centrar nuestra percepción del paciente únicamente en la clase de ayuda que le podemos prestar dentro del desarrollo de nuestro cometido.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Louann Brizendine El cerebro femenino James R. Flynn ¿Qué es la inteligencia? Mas allá del efecto flynn
- **Artículo de revistas:** Gijsbert Stoet BMC Psychology Are women better than men at multi-tasking? An X-Linked Haplotype of Neandertal Origin Is Present Among All Non-African Populations disponible en: <http://mbe.oxfordjournals.org/content/28/7/1957.full.pdf+html>
- El error constante en la valoración psicológica Edward Thorndike
- **Página WEB :** Organización mundial de la salud Disponible en: https://www.who.int/topics/alcohol_drinking/es
- **Bases de datos:** BOE núm. 301, de 17/12/2003.. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/12/16/55/con>

TEMA 10. FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA.

**MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA
FRANCISCO CORRALES GUALDA
LYDIA TÉBAR GARCÍA**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVO**
- **MÉTODO**
- **RESULTADOS**
- **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La parálisis braquial obstétrica (PBO) hace referencia a una parálisis del miembro superior, total (neurotmesis) o parcial (neuropraxia y axonotmesis), debida a un traumatismo directo sobre el plexo braquial durante el momento del parto. Estas lesiones se presentan más frecuentemente en partos distócicos, en especial, en primíparas, en las extracciones con fórceps, en la maniobra de Mauriceau, salida del niño en posición de nalgas, entre otras. El cuadro clínico dependerá de las raíces nerviosas que resulten lesionadas y de la extensión del traumatismo, y el déficit será tanto a nivel sensitivo como motor.

INTRODUCCIÓN

En un gran número de casos, el miembro afecto es el derecho, puesto que la presentación más frecuente es la occisito ilíaca izquierda anterior; la lateralidad de la lesión dependerá de la rotación de la cabeza a través del canal del parto, y el tipo de lesión variará en función de la presentación al nacer del niño, así pues, la lesión más frecuente es la superior (C5 – C6), en la proporción de 4:1.

INTRODUCCIÓN

En referencia al mecanismo lesional, los factores más contribuyentes se sabe que son:

- Parto instrumentado (uso de fórceps o espátulas)
- Distocia de hombros.
- Parto prolongado.
- Contractura de músculos pélvicos maternos.
- Relajación de los músculos del feto, debido al uso de anestesia profunda (por ejemplo, PBO en niños nacidos por cesárea).
- Exceso de volumen del feto.
- Presentación pelviana, sobretodo en prematuros, donde no es tan importante el peso al nacer.

INTRODUCCIÓN

Así pues, según los componentes del plexo braquial lesionados, se conocen:

- Tipo brazo superior o Duchenne – Erb: lesión de C5 – C6 y ocasionalmente de C7.
- Tipo tronco radicular medio : lesión aislada de C7.
- Tipo brazo inferior o Dejerine – Klumpke : lesión de C8 – T1.
- Tipo brazo total: lesión de C5, C6, C7, C8, y T1.

Y, según el nivel funcional de la lesión:

- Lesión preanglionar.
- Lesión postganglionar.

OBJETIVO

El propósito de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica acerca del tratamiento conservador de la parálisis braquial obstétrica, y en concreto, una descripción de las diversas técnicas de fisioterapia que se emplean con efectividad en el tratamiento de la parálisis braquial obstétrica.

MÉTODO

Se realizó una búsqueda sistemática por las diferentes Bases de Datos consultadas como Elsevier, PubMed, Cochrane, Dialnet, PeDro, Biomed, Web of Science (WOS), mediante la utilización de una serie de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), descriptores intuitivos y conectores booleanos. También consulta de libros y tesis doctorales.

RESULTADOS

Se ha observado que, del número de niños que no se recuperan espontáneamente, unos necesitarán tratamiento de fisioterapia de por vida (de mayor intensidad a menor), terapia ocupacional, y otros, aparte de esto, necesitarán intervención/es quirúrgica/s.

Además, se sabe que los niños que no reciben tratamiento temprano, desarrollan deformidades en el hombro, brazo o mano, y podrían necesitar tratamiento ortopédico.

En todos los casos, comenzar el tratamiento lo antes posible asegura un alto índice de recuperación.

El tratamiento debe ser multidisciplinar, y será abordado desde su diagnóstico desde las diferentes competencias: médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo,..

RESULTADOS

En concreto, desde el abordaje con fisioterapia de cuadros de parálisis braquial obstétrica sin intervenir quirúrgicamente, las técnicas que se utilizan con efectividad son:

- Técnicas de masoterapia y cinesiterapia pasiva

Se comienza inmediatamente después de diagnosticar la PBO. En bebés, son realizados por los padres durante los cambios de pañales y supervisados por el fisioterapeuta. Se encuadran en este punto, técnicas de masoterapia y ejercicios pasivos, con objetivo de activar todas las articulaciones del miembro superior en su arco completo de movimiento, para después pasar a cinesiterapia activa y técnicas de estimulación, donde se practican ejercicios guiados activos para desarrollar los patrones de movimiento normales.

RESULTADOS

- Cinesiterapia activa: ejercicio terapéutico

La especificidad de los ejercicios, la adecua el fisioterapeuta en función de la edad del niño/a, siendo más específica cuanto mayor edad:

- Evaluación de movimientos activos.
- Reeducación muscular propioceptiva para los músculos denervados, con el objetivo de dar una correlación lógica al músculo entre posición, fuerza, movimiento y sensibilidad, experiencia que no ha tenido nunca.
- Técnica de cepillado ascendente para el aumento del tono muscular antes de empezar con el fortalecimiento.
- Movilidad activa, desde estimulación cutánea, visual o auditiva, teniendo cuidado con las compensaciones posturales, sinergias y con ejercicios acordes al desarrollo psicomotriz del niño.

RESULTADOS

- Cinesiterapia activa: ejercicio terapéutico
- Trabajo muscular activo, a través de técnicas de facilitación neuromuscular, ejercicios funcionales con ambos miembros superiores.
- Estiramientos de los músculos acortados y sobreutilizados.
- Prevención de la pérdida funcional, debida a la aparición con la edad de deformidades por fibrosis, espasmos musculares, escápulas aladas, hipoplasia ósea por atrofia y desuso muscular.
- Promover la mejora de la circulación sanguínea, a través del movimiento, para el adecuado trabajo y crecimiento del músculo y el hueso, y así mejorarla función.

RESULTADOS

- Cinesiterapia activa: ejercicio terapéutico
- Trabajo del esquema corporal realizando todos los ejercicios funcionales frente a un espejo, con objetivo de disminuir las posibles compensaciones, y evitar así posibles desviaciones de columna.
- Trabajo de integración del miembro superior afecto en el esquema corporal, a través de trabajo con espejo y estimulación multisensorial, que por haber sido menos utilizado, está integrado de diferente forma.
- Trabajo de fuerza muscular mediante ejercicios en descarga, con carga y sin apoyo.
- Reeduación de coordinación y reacciones posturales

RESULTADOS

- Electroestimulación eléctrica

Representa, de todas las opciones, la más fisiológica. Se combinará la galvanización con la impulsoterapia. Sus objetivos son:

- Evitar la atrofia muscular
- Mejorar la irrigación sanguínea
- Estimular la regeneración

RESULTADOS

Se ha observado que la aplicación de electroestimulación en pacientes con PBO, hay una mejoría en las variables funcionales de la movilidad hacia abducción del hombro, flexión del codo, extensión de la muñeca y circunferencia del brazo. Así pues, se ha visto que su aplicación en casos de dolor, con electroanalgesia se ha visto una mejoría en casos de dolor continuo, pero no tanto en casos de dolor con características paroxísticas.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

De los resultados encontrados, se infiere que la fisioterapia es una medida efectiva de tratamiento conservador en el abordaje de la parálisis braquial obstétrica.

En contraposición al abordaje quirúrgico, los criterios más importantes para decidir este tratamiento son:

- Integridad funcional de músculos abductores/ rotadores externos del hombro (inervados por C5) y los flexores de codo (inervados por C6): la presencia de función motora en ellos a los 3 meses de edad, indica la existencia de un aceptable potencial de recuperación, y por tanto, no se deberá operar.
- Cirugía directa se considera si, a los 3 meses de edad, no hay evidencias de recuperación motora de deltoides y del bíceps, o sea, si no existe contracción palpable de éstos.
- La parálisis tipo brazo inferior presentan criterios quirúrgicos de peor pronóstico.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Según lo anterior, y teniendo en cuenta que la mayoría de las PBO son ligeras o moderadas, pues sólo el 25% llegan a presentar algún déficit muscular intenso o en los músculos principales evaluables, y que la gran mayoría de las PBO se recuperan espontáneamente, se infiere que el abordaje con tratamiento invasivo a través de la cirugía está recomendado a casos de intensa gravedad o de parálisis de brazo inferior, siendo entonces el tratamiento conservador con fisioterapia el de primera elección y que más resultados positivos funcionales a corto y largo plazo demuestra.

En caso de intervención quirúrgica, la fisioterapia se ha visto como abordaje de elección en fase tanto postoperatoria inmediata como tardía, por sus resultados favorables en mejora de la funcionalidad del miembro superior.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Se ha visto que una intervención lo más temprana posible con fisioterapia, reduce significativamente las secuelas (déficit control motor del miembro superior, luxación de hombro, luxación de cúbito, hiposensibilidad,..).

Se infiere de los estudios observados, que las técnicas de fisioterapia que han demostrado ser efectivas en el tratamiento de la parálisis braquial obstétrica y sus secuelas, son la masoterapia, cinesiterapia pasiva, cinesiterapia activa (ejercicio terapéutico), reeducación de la coordinación y reacciones posturales a través de técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva y ejercicios específicos de control postural y trabajo del esquema corporal, estimulación sensoriomotriz con diversas texturas y en diversas cargas para promover la integración del miembro superior afecto en el esquema corporal, y electroestimulación/electroanalgesia.

BIBLIOGRAFÍA

Artículos de revistas científicas:

- Labrandero – de Lera. C., Pascual – Pascual. S.I., Pérez – Rodríguez . J. , Roche – Herrero. M. C. “Parálisis braquial obstétrica: epidemiología y secuelas. Estudio retrospectivo de nuestra casuística”. Revista de neurología 2008; 46 (12): 719 – 723.
- Okafor UA, Akinbo SR, Sokunbi OG, Okanlawon AO, Noronha CC. Comparison of electrical stimulation and conventional physiotherapy in functional rehabilitation in Erb's palsy. Nig Q J Hosp Med. 2008 Oct-Dec;18(4):202-5.
- Vaz DV, Mancini MC, do Amaral MF, de Brito M, de França A, da Fonseca ST. Clinical changes during an intervention based on constraint-induced movement therapy principles on use of the affected arm of a child with obstetric brachial plexus injury: a case report. Occup Ther Int. 2010; 17(4):159-67.

BIBLIOGRAFÍA

- Buesch FE, Schlaepfer B, de Bruin ED, Wohlrab G, Ammann-Reiffer C, Meyer-Heim A. Constraint-induced movement therapy for children with obstetric brachial plexus palsy: two single-case series. *Int J Rehabil Res.* 2010; 33(2): 187-92.
- Philandrianos C, Baiada A, Salazard B, Benaïm J, Casanova D, Magalon G et al. Traitement conservateur des paralysies obstétricales hautes du plexus brachial. Résultats à long terme chez 22 enfants. *Ann Chir Plast Esthet.* 2013; 58(4): 327-335.
- Stevanato G, Devigili G, Eleopra R, Fontana P, Lettieri C, Baracco C, Guida F, Rinaldo S, Bevilacqua M. Chronic post-traumatic neuropathic pain of brachial plexus and upper limb: a new technique of peripheral nerve stimulation. *Neurosurg Rev.* 2014 Jul;37(3):473-79.

BIBLIOGRAFÍA

- Yanes VL, Sandobal EC, Camero D, Ojeda L. Parálisis braquial obstétrica en el contexto de la rehabilitación física temprana. *Medisur*. 2014; 12(4): 635-649.
- Shamy E, Alsharif R. Effect of virtual reality versus conventional physiotherapy on upper extremity function in children with obstetric brachial plexus injury. *J Musculoskelet Neural Interact*. 2017; 17(4): 319-326.
- Yilmaz V, Umay E, Tezel N, Gundogdu I. Timing of rehabilitation in children with obstetric upper trunk brachial plexus palsy. *Childs Nerv Syst*. 2018; 34(6): 1153-1160.
- Abid A. Brachial plexus birth palsy: Management during the first year of life. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2016; 102(1): 125-32.

TEMA 11. RINITIS ALÉRGICA.

TANIA MARCOS DIEGO

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- SÍNTOMAS
- CAUSAS
- CLASIFICACIÓN
- ALÉRGENOS MÁS COMUNES
- PRONÓSTICO
- PRUEBAS DE ALERGIA
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La rinitis alérgica es una enfermedad en la cual existe una inflamación crónica de las capas internas de la nariz, causada por alergia a sustancias exteriores, generalmente respiradas, y a veces por alergia a alimentos. La rinitis alérgica es la forma más frecuente de rinitis no infecciosa y está asociada a una respuesta inmunitaria mediada por el anticuerpo IgE ante la presencia de alérgenos ambientales o laborales. Esta enfermedad supone un problema de salud muy importante, es muy común en todo el mundo, y afecta al menos del 10 al 30% de la población, y su prevalencia está aumentando.

SÍNTOMAS

Irritación de ojos	Picazón nasal
Lagrimeo	Congestión nasal
Estornudos repetitivos	Mucosidad acuosa y abundante
Moco en la garganta	Tos
Voz nasal	Cefaleas
Enrojecimiento de la nariz	Dificultad para dormir

CAUSAS

- Los alérgenos ambientales son los causantes de la rinitis y conjuntivitis alérgicas.
- Suelen clasificarse:
 - agentes de interior: (principalmente ácaros del polvo y animales domésticos). Los animales de laboratorio (ratas, ratones, cobayas, etc.),
 - Agentes de exterior: (pólenes y mohos) o laborales. Los pólenes que más alergias provocan son las gramíneas, las malezas (artemisia, plantago, chenopodiáceas, parietaria) y algunos árboles (abedul, plátano de sombra, ciprés, palmera u olivo).

CAUSAS

- La rinitis laboral: puede deberse a una reacción alérgica o a la respuesta a un factor irritante en el puesto del trabajo. maderas, látex, enzimas, harinas, ácaros y sustancias químicas.

CLASIFICACIÓN: RINITIS SEGÚN DURACIÓN

Intermitente

- Menos de cuatro días a la semana y de cuatro semanas al año.

Persistente

- Los síntomas se prolongan más allá de sus límites.

CLASIFICACIÓN: RINITIS SEGÚN SEVERIDAD

Leve

- No limita la actividad diaria ni el sueño.

Moderada a grave

- Cuando los síntomas afectan la vida cotidiana y el sueño.

ALÉRGENOS MÁS COMUNES

Contacto cutáneo	Inyección	Ingestión	Inhalación
Plantas venenosas	Picadura de abeja	Medicamentos	Polen
Rasguño de animal		Nueces	Polvo
Polen		Mariscos	Moho
Látex			Caspa animal

PRONOSTICO

- Con frecuencia la rinitis precede al asma, y por lo tanto es un factor que predispone al desarrollo de la enfermedad bronquial. El asma es más frecuente en pacientes alérgicos a los ácaros del polvo o los epitelios de los animales que en los pacientes alérgicos a pólenes.
- Los ácaros necesitan unas condiciones climáticas especiales para su crecimiento, temperaturas por encima de 20° C y humedad relativa del 80%, son las idóneas; por eso en zonas costeras es donde más ácaros hay, mientras que en el interior con clima continental son inexistentes.

PRUEBAS DE ALERGIA

Prueba de piel

- El médico o la enfermera te punzarán la piel y te expondrán a pequeñas cantidades de las proteínas que se encuentran en potenciales alérgenos. Si eres alérgico, es posible que desarrolles un bulto elevado (urticaria) en el lugar de la piel donde se realizó la

Análisis de sangre

- El análisis de sangre de inmunoglobulina E específica, comúnmente llamado «prueba de radioalergoadsorción» o «ImmunoCAP», mide la cantidad de anticuerpos que causan alergia en el torrente sanguíneo, conocidos como anticuerpos de inmunoglobulina E. La muestra de sangre se envía al laboratorio, donde se analiza la evidencia de sensibilidad a posibles alérgenos.

TRATAMIENTO

Evitar los alérgenos

- El médico te ayudará a identificar y evitar los detonantes de tu alergia

Medicamentos

- Según tu alergia, los medicamentos pueden ayudar a reducir la reacción de tu sistema inmunitario y aliviar los síntomas. El médico puede sugerir medicamentos de venta libre o con receta en forma de pastillas o líquidos, aerosoles nasales o gotas para los ojos.

TRATAMIENTO

Inmunoterapia

- Para las alergias graves o las que no se alivian por completo con otro tratamiento, el médico puede recomendar la inmunoterapia con alérgenos. Este tratamiento implica una serie de inyecciones de extractos de alérgenos purificados, usualmente administrados durante un período que dura unos años.
- Otra forma de inmunoterapia es una tableta que se coloca debajo de la lengua (sublingual) hasta que se disuelve. Los medicamentos sublinguales se usan para tratar algunas alergias al polen.

TRATAMIENTO

Epinefrina de emergencia

- Si tienes una alergia grave, es probable que siempre debas llevar contigo una inyección de epinefrina de emergencia. Administrada para las reacciones alérgicas graves, una inyección de epinefrina (Auvi-Q, EpiPen u otros) puede reducir los síntomas hasta que consigas tratamiento de emergencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de alergia e inmunología:: diagnóstico y tratamiento de Glenn J Lawlor, Thomas J Fischer – 1990
- Alergias:: tratamiento natural con métodos seguros y no agresivos de Sigrid Flade – 1997
- Asma y alergias: Recetas y consejos para controlar sus síntomas de Chris McLaughlin – 2001
- Alergológica. Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica. Madrid 1995.

BIBLIOGRAFÍA

- Soler R, de la Hoz B, Badia X, Mercadal J, Lozano R, Benavides A et al. Grupo Carino. Validación de la versión española del cuestionario de calidad de vida para pacientes con rinoconjuntivitis. Rev Clin Esp 2004; 204: 131-138.
- Garrote A, Bonet R. Rinitis alérgica. Offarm 1998(4);47-56.
- Rodríguez Mosquera M. Rinitis alérgica. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2000; 24(1):1-8.

TEMA 12. LESIONES EN LA COLUMNA VERTEBRAL.

EZEQUIEL LUCAS LÓPEZ

ÍNDICE

- Introducción.(Lesiones en la columna vertebral).
- Enfermedad degenerativa de disco.
- Hernia de disco L4-L5+S1.
- Lumbociática.

INTRODUCCIÓN. (Lesiones en la columna vertebral).

La columna vertebral está formada por 26 huesos llamados vértebras. Las vértebras protegen la médula espinal y le permiten mantenerse de pie e inclinarse. Hay varios problemas que pueden alterar la estructura de la columna o lesionarle las vértebras y el tejido que las rodea. Entre ellos:

Infecciones.

Traumatismos.

Tumores.

Enfermedades, tales como la espondilitis anquilosante y la escoliosis

Cambios óseos que ocurren con la edad, tales como estenosis espinal y hernias de disco.

Con frecuencia, las enfermedades de la columna provocan dolor cuando los cambios óseos presionan la médula o los nervios. También pueden limitar el movimiento. El tratamiento varía según la enfermedad, pero algunas veces incluyen aparatos ortopédicos para la espalda y cirugía.

ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE DISCO.

A pesar de su nombre, la enfermedad degenerativa de disco no es realmente una enfermedad. Pero eso no hace menos real el dolor que provoca. Tanto si es el resultado del envejecimiento como el de una lesión, la enfermedad degenerativa de disco puede limitar su actividad. Algunas personas incluso pueden necesitar cirugía.

DEFINICIÓN.

A medida que los discos pierden su contenido de agua debido a una enfermedad o a la edad, pierden su altura, acercando las vertebras entre sí. Como resultado, las aperturas de los nervios de la columna vertebral se estrechan. Cuando esto ocurre, los discos no absorben los impactos producidos por el movimiento habitual igual de bien, particularmente cuando camina, corre o salta.

El deterioro, una postura deficiente y los movimientos incorrectos del cuerpo también pueden debilitar el disco, causando la degeneración del mismo.

SÍNTOMAS.

Los síntomas más comunes que sugieren que el dolor cervical puede estar provocado por la enfermedad degenerativa de disco incluyen, entre otros, dolor cervical, dolor que se extiende hacia abajo a la parte posterior de los omóplatos o a los brazos, entumecimiento y hormigueo, y a veces incluso dificultades para utilizar la mano.

La enfermedad degenerativa de disco también puede causar dolor de piernas o de espalda, así como problemas funcionales como hormigueo o entumecimiento en las piernas o nalgas, o dificultades para caminar.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de la enfermedad degenerativa de disco empieza con un reconocimiento médico del cuerpo, con atención especial en el cuello, la espalda y las extremidades.

El médico le examinará la espalda para comprobar la flexibilidad, el rango de movimiento y la presencia de ciertas señales, lo que puede ser indicativo de que las raíces nerviosas estén afectadas por cambios degenerativos en la columna vertebral. Esto a menudo implica pruebas de esfuerzo muscular y reflejos para asegurarse de que siguen funcionando normalmente.

HERNIA DE DISCO L4-L5-S1.

La hernia discal es una enfermedad en la que parte del disco intervertebral (núcleo pulposos) se desplaza hacia la raíz nerviosa, la presiona y produce dolor, lumbago, y ciática, entonces es cuando puede hablarse de auténtica hernia discal.

Además, como presiona terminaciones nerviosas provoca trastornos sensitivos: hormigueos, alteración de la sensibilidad, etc. y trastornos motores: falta de fuerza,

LUMBOCIÁTICA.

El nervio Ciático, se origina en el plexo lumbosacro (raíces L4, L5, S1, S2, S3), es el más voluminoso del organismo, con 2 centímetros de grosor, de ahí, que con frecuencia sufra un atrapamiento a su salida por el estrecho canal raquídeo. Emerge de la pelvis a través de la escotadura ciática mayor, por debajo del músculo piramidal, descendiendo hacia la región glútea y parte posterior del muslo pasando entre el trocánter mayor y la tuberosidad isquiática hasta la fosa poplítea, donde se divide en dos ramas terminales:

- Nervio Ciático-poplíteo interno (Tibial): Inerva la rodilla, región interna de la pierna y zona medial y plantar del pie.

- Nervio Ciático-poplíteo externo (Peroneo): Inerva parte lateral de la pierna y pie

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez A. Lumbociática. En: Oliván AS, Pinillos MA, Agorreta J, Rubio T. Guía de Urgencias Hospital de Navarra 1999. Hoechst Marion Roussel; 1999:.264-266.
2. Greenberg MS. Lumbar disc herniation. En: Greenberg MS. Handbook of Neurosurgery. 4^a ed. Lakeland, Florida; Greenberg Graphics, Inc; 1997: 181-198.
3. Grupo Mercadotecnia de Innovación y Desarrollo S.A. Medición Clínica del Movimiento Articular. México: Grupo Mind. (pp 69-96).
4. Hoppenfeld, S. (1999). Exploración Física de la Columna Vertebral y las Extremidades D.F., México: Manual Moderno. (pp 418-461).

TEMA 13. BIOPSYCHOSOCIAL IMPACT ON FAMILY CAREGIVERS OF PEOPLE WITH CHRONIC COURSE OF SCHIZOPHRENIA.

**FRANCISCO CORRALES GUALDA
LYDIA TÉBAR GARCÍA
MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA**

ÍNDICE

•INTRODUCCIÓN.....	3-4
•OBJETIVO.....	5
•MATERIAL Y METODO.....	6-7
•RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	8-13
•LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	14
•CONCLUSIONES.....	15
•BIBLIOGRAFÍA.....	16-17

INTRODUCCIÓN

REFORMA PSIQUIÁTRICA → REHABILITACIÓN Y
REINSERCIÓN SOCIAL.

EJE DEL CUIDADO DE PACIENTES CRÓNICOS → FAMILIA

REPERCUSIONES BIO-PSICO-SOCIALES EN FAMILIARES

INTRODUCCIÓN

Perfil del Familiar Cuidador:

- 1.- El 80% de los cuidadores informales son mujeres, siendo la madre en el 65% de los casos.
- 2.- El 50% son amas de casa.
- 3.- El 21% se encuentra en paro.
- 4.- Emplean una media de 35 horas semanales al cuidado.
- 5.- El 78% quieren seguir con los cuidados, a pesar de la sobrecarga.
- 6.- Nivel de estudios: bajos, sin estudios el 11% y primarios 53%.
- 7.- El 40% se han sentido discriminados y estigmatizados.

OBJETIVO

Actualización de los conocimientos sobre las repercusiones biopsicosociales que tiene en la familia la convivencia con personas con esquizofrenia de curso crónico grave.

MATERIAL Y METODO

3.1-Diseño del estudio: Revisión Bibliográfica.

3.2-Criterios de selección de artículos:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Familiares y pacientes mayores de 18 años.
- Artículos de acceso libre a texto completo.
- Publicación de artículos posteriores al año 2009.
- Artículos que aborden el objetivo.
- Artículos en español, inglés y portugués.

MATERIAL Y METODO

3.3-Estrategia de búsqueda. Tras realizar una búsqueda sistemática por las diferentes Bases de Datos consultadas como, Pubmed, Cochrane, Dialnet, Biomed, Web of Science (WOS), mediante la utilización de una serie de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), descriptores intuitivos, y conectores booleanos AND y OR, como; “Schizophrenia”; “Esquizofrenia”; “Schizophrenia, family”; “familia, esquizofrenia, salud mental”.

3.4-Recursos utilizados:

Servicio de Red Privada Virtual, Virtual Private Network (VPN), de la Universidad de Castilla La Mancha, UCLM.

TOTAL DE ARTÍCULOS SELECCIONADOS: 5

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- ❖ 1º- “Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México.” Rascón ML, Caraveo J y Valencia M.

1º.- Consecuencias Físicas:

Enfermedades del aparato digestivo 15,3%, cardiovasculares 13%, endocrinas 9,2%, HTA.

2º.- Consecuencias Psicológicas:

Depresión en mujeres 20,6%.

Abuso y dependencia al alcohol en hombres 9.9%.

El 58% FCPE, reunió de 1 a 4 diagnósticos de trastornos psiquiátricos. ($p < 0,04$)

El 75% de FCPE, sufren trastornos emocionales, del sueño, alimenticios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- ❖ 2º- “Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: perspectiva de familiares.” Brischk CCB, Loro MM, Rosanelli CLP, Cosentino SF, Gentile CS, Kolankiewicz ACB.

1º.-Consecuencias Psicológicas, Socio-Económicas y Laborales:

Sentimientos de tristeza, miedo, temor, preocupación, que generan unos estados de estrés, ansiedad y sufrimiento.

Estrés físico y emocional.

Reducción de ingresos en la familia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- ❖ 3º- “Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado.” Azevedo DM, Miranda FAN, Gaudêncio MMP.

1º.- Consecuencias Psicológicas, Socio-Económicas y Laborales:

El 40% de las madres son las principales responsables de supervisar y prestar asistencia al familiar.

Alta sobrecarga, estigma y discriminación con cambios socioeconómicos y laborales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- ❖ 4º- “Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el Hospital Regional docente Las Mercedes durante el periodo Octubre-Diciembre 2013.” Cristal MLLQ.

1º.- Consecuencias Emocionales provocadas por Falta de Conocimiento del Trastorno:

Sobrecarga global del 72.95%.

Mujeres: 68.7%.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- ❖ 5º- “Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes.”
Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P y grupo Psicost.

1º.- Consecuencias Psicológicas:

Malestar: 88.1%

Preocupación por su futuro, situación económica, vida cotidiana, salud física y mental, calidad del tratamiento y seguridad del familiar al que prestan sus cuidados.: 44.7%

2º.- Consecuencias Laborales y Económicas:

Pérdidas de oportunidades laborales: 44.8%.

Carga económica: 35.8%

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- ❖ Coincidencia de varios autores en las repercusiones biopsicosociales en los FCPE.
- ❖ Calidad de la Evidencia Científica: NIVEL (VIII).
- ❖ Conflicto de Intereses: Ningún autor hace referencia.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- ❖ Sólo se accedió a bases de datos disponibles en la Biblioteca de la Universidad de Castilla La Mancha –UCLM.
- ❖ Texto Completo de acceso libre.
- ❖ Artículos que aborden el objetivo.

CONCLUSIONES

Las principales repercusiones biopsicosociales como consecuencia del cuidado de personas con esquizofrenia de curso crónico recaen sobre:

- ❖ **Las mujeres** → y en concreto, **La madre.**
- ❖ **Repercusiones físicas:** enfermedades digestivas, cardiovasculares, endocrinas.
- ❖ **Importantes repercusiones psico-sociales y emocionales** (malestar, depresión, tristeza, angustia, sufrimiento, hostilidad), **estrés, ansiedad, conflictos en las relaciones familiares, abuso y dependencia de alcohol.**
- ❖ **Consecuencias negativas a nivel socioeconómico,** como sobrecarga, aislamiento social, pérdida de oportunidades laborales, y reducción de ingresos en el núcleo familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Rascón ML., Caraveo J y Valencia M.** Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. Rev Invest Clin. 2010; 62 (6): 509-515.
- 2.- **Brischk CCB, Loro MM, Rosanelli CLP, Cosentino SF, Gentile CS, Kolankiewicz ACB.** Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: perspectiva de familiares. Cienc Cuid Saude. 2012; Out/Dez; 11(4):657-664.
- 3.- **Azevedo DM, Miranda FAN, Gaudêncio MMP.** Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; jul-set; 13 (3): 485-491.

BIBLIOGRAFÍA

- 4.- Cristal MLLQ.** Nivel de sobrecarga del cuidador del paciente con esquizofrenia y factores asociados en el Hospital Regional docente Las Mercedes durante el periodo Octubre-Diciembre 2013 [tesis doctoral]. Chiclayo: Facultad de Medicina, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2014.
- 5.- Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P,** Grupo Psicost. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. ANALES Sis San Navarra. 2000; Volumen 23(1): 101-110.

TEMA 14. INGESTA DE CAÚSTICOS.

LIDIA SERRANO DÍAZ

ÍNDICE

- 1. DEFINICIÓN
- 2. EPIDEMIOLOGÍA
- 3. FISIOPATOLOGÍA
- 4. CLÍNICA
- 5. DIAGNÓSTICO
- 6. TRATAMIENTO
- 7. COMPLICACIONES
- 8. BIBLIOGRAFÍA

1. DEFINICIÓN

Por cáustico se conoce a toda sustancia con capacidad de producir la destrucción de los tejidos expuestos, al atacar a las membranas celulares, causando una necrosis.

El pH por encima del cual las sustancias alcalinas tienen capacidad de producir lesiones cáusticas es igual o superior a 12.

Los ácidos pueden causar lesiones con pH inferior a 4.

2. EPIDEMIOLOGÍA

La mayoría de las ingestas ocurren en niños, siendo la principal causa de estenosis esofágica en este grupo de población. En los adultos destaca en sujetos psicóticos, con ideas suicidas y alcohólicos.

Más de 5000 ingestiones cáusticas se registran anualmente en Estados Unidos.

La mortalidad descrita en países occidentales está en torno a un 4%, con disminución en las últimas décadas, principalmente por la mejoría en la seguridad de los productos.

3. FISIOPATOLOGÍA

La ingesta de álcali causa una lesión penetrante llamada necrosis por licuefacción. En el estómago, la neutralización parcial por el ácido gástrico puede provocar una lesión más limitada. La lesión duodenal es mucho menos común, ocurre en 30% casos, en comparación con 100% y 94% de afectación del esófago y estómago, respectivamente.

El proceso de necrosis generalmente dura de tres a cuatro días.

En las dos semanas siguientes, la pared esofágica se vuelve progresivamente más delgada debido al desprendimiento y al desarrollo de tejido de granulación y fibrosis. La reepitelización generalmente se completa de uno a tres meses después.

3. FISIOPATOLOGÍA

La ingestión de ácido generalmente produce una necrosis por coagulación proteica superficial que trombosa los vasos sanguíneos de la mucosa, y causa pérdida de agua, formándose una escara firme y protectora de tejido conectivo, que dificulta en parte la penetración (salvo en concentraciones elevadas).

4. CLÍNICA

Las características clínicas de las ingestas cáusticas varían ampliamente.

Los primeros signos y/o síntomas pueden no estar correlacionados con la gravedad de la lesión tisular .

Los pacientes pueden referir dolor orofaríngeo, retroesternal o epigástrico, disfagia/odinofagia o hipersalivación.

La ronquera, el estridor, la afonía y las dificultades respiratorias son menos comunes, y son el resultado de las quemaduras cáusticas de la epiglotis y la laringe.

La fiebre, la taquicardia y el shock generalmente implican la presencia de una lesión más grave y extensa.

5. DIAGNÓSTICO

1. Anamnesis.
2. Muestra del etiquetado del producto ingerido.
3. Radiografía de tórax y abdomen.
4. Analítica sanguínea con gasometría venosa.
5. Endoscopia digestiva: pasadas 12 horas de la ingesta, pues antes pueden no estar presentes las lesiones.

5. DIAGNÓSTICO

La endoscopia está contraindicada en pacientes que tienen evidencia de perforación.

En pacientes hemodinámicamente inestables, la endoscopia debe posponerse hasta estabilizar al paciente.

Si hay dificultad respiratoria o signos de edema, y/o necrosis orofaríngea o glótica severa, realizar laringoscopia para valorar la necesidad de intubación, para la protección de las vías respiratorias antes de continuar con la endoscopia.

5. DIAGNÓSTICO

Zargar propuso un sistema para clasificar las lesiones por cáusticos, que permite predecir el curso evolutivo de los pacientes:

Grado 0: Normal.

Grado 1: edema y hiperemia de la mucosa.

Grado 2A: úlceras superficiales, sangrado, exudados.

Grado 2B: úlceras focales o circunferenciales profundas.

Grado 3A: necrosis focal.

Grado 3B: Necrosis extensa

6. TRATAMIENTO

A) Endoscopia:

-Si el paciente está asintomático y ofrece un historia fiable de ingesta escasa y accidental de un ácido o álcali débil y de baja concentración, es posible que no sea necesaria la endoscopia.

Dichos pacientes pueden ser dados de alta y seguidos como pacientes ambulatorios.

-En todos los demás casos, se debe realizar gastroscopia urgente.

6. TRATAMIENTO

El seguimiento posterior depende de los resultados de la endoscopia:

Zargar 0: alta.

Zargar 1 o 2A: alta. Se puede iniciar una dieta líquida y progresar dieta en 24 a 48 horas.

Zargar 2B o 3: ingreso. Tras las primeras 48 horas, iniciar dieta líquida.

6. TRATAMIENTO

B) Medidas generales:

-Mantener una correcta hidratación con líquidos intravenosos.

-Inhibidores de la bomba de protones para evitar la lesión esofágica en caso de reflujo, y neutralizar la secreción acida gástrica, favoreciendo así la regeneración mucosa.

6. TRATAMIENTO

- El tratamiento adecuado del dolor con analgesia intravenosa debe mantenerse hasta que el paciente mejore.
- Los antibióticos de amplio espectro (como las cefalosporinas de tercera generación) se administran a pacientes con lesión cáustica de grado 3 o cuando existe una alta sospecha de perforación esofágica.
- Los signos clínicos de perforación, mediastinitis o peritonitis son indicaciones para la cirugía de urgencia.

6. TRATAMIENTO

En una ingesta de caustico está contraindicada:

- La inducción del vomito porque vuelven a exponer el esófago y la orofaringe al agente cáustico, agravando aún más las lesiones.
- La sonda nasogástrica porque puede inducir náuseas y vómitos.
- Los agentes neutralizantes (sustancias débilmente ácidas o básicas) no deben administrarse, porque el daño es generalmente instantáneo. Además, la neutralización libera calor que agrega daño térmico a la destrucción química en curso del tejido.

7. COMPLICACIONES

a) Estenosis esofágicas: Hasta 1/3 de los pacientes que sufren lesión esofágica cáustica desarrollan estenosis esofágicas. Principalmente en aquellos con lesiones de grado 2B o 3. La mayor incidencia de disfagia debido a la formación de estenosis esofágica, ocurre a los dos meses, aunque en ocasiones ocurren antes (a las dos semanas) o incluso años después de la ingesta.

Estaría indicado realizar gastroscopia para valorar la causa de disfagia.

7. COMPLICACIONES

La disfagia no siempre guarda relación con el grado de estenosis, sino que está íntimamente relacionada con la alteración de la función motora esofágica que produce la causticación.

Si se identifica una estenosis, las dilataciones esofágicas son el tratamiento de elección.

Se debe esperar de tres a seis semanas después de la lesión inicial, antes de intentar la dilatación, para disminuir el riesgo de perforación (0.5% casos).

En casos refractarios a la dilatación debemos recurrir a: mitomicina C, prótesis o cirugía.

7. COMPLICACIONES

b) Carcinoma epidermoide de esófago: el riesgo de desarrollo de carcinoma de células escamosas esofágico es 1000 veces mayor en las personas con ingesta de cáusticos, en comparación con la población general.

El riesgo de cáncer gástrico no parece aumentar.

Dos factores contribuyen al mejor pronóstico del cáncer en estos casos: la luz esofágica a nivel del esófago con cicatrices es menos distensible; como resultado, la disfagia se presenta antes, y el tejido cicatricial dentro de la pared esofágica hace que la diseminación linfática y la extensión directa del tumor sean menos probables antes de la aparición de la disfagia .

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Kyung Sik. Evaluation and management of caustic injuries from ingestion of acido or alkaline substances. Clin Endosc, 47 (2014), pp. 301-307.
2. A. Chibishev, N. Simonovska, A. Shikole. Post-corrosive injuries of upper gastrointestinal tract. Prilozi, 31 (2010), pp. 297-316.
3. Contini S, Scarpignato C. Caustic injury of the upper gastrointestinal tract: a comprehensive review. World J Gastroenterol 2013; 19: 3918-30.

TEMA 15. LEGALIDAD Y VENTAJAS GENERALES DE LA MEDIACIÓN SANITARIA.

M^a JESÚS AVILÉS CONESA

M^a ASCENSIÓN AVILÉS CONESA

ÍNDICE

• INTRODUCCIÓN.....	3
• OBJETIVOS.....	4
• METODOLOGÍA.....	6
• RESULTADOS.....	7
• CONCLUSIÓN	9
• BIBLIOGRAFÍA.....	11

INTRODUCCIÓN

Es un novedoso recurso para resolver conflictos surgidos en el ámbito sanitario, con un prometedor futuro debido a las ventajas que aporta frente a la vía judicial en cuanto a confidencialidad, inmediatez en el tiempo de respuesta, consecución de acuerdos, reconocimiento y reparación de daños.

La mediación es una figura en auge en la sociedad actual y se desarrolla en múltiples campos de actividad como una forma de evitar procedimientos judiciales o administrativos.

Hablando en términos sanitarios, diremos que éste es un ámbito que se presenta como "un caldo de cultivo" idóneo para que surjan conflictos entre todos los actores implicados: usuarios entre sí, usuarios- profesionales, profesionales con sus propios compañeros y a su vez entre éstos y los gestores y sin olvidarnos de los proveedores.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de esta búsqueda sistemática bibliográfica han sido:

- Implantar una cultura del diálogo y el entendimiento para evitar conflictos tanto de carácter interno como externo
- Realizar una labor preventiva mediante la formación en detección y gestión de conflictos.
- Diseñar un sistema propio que permita la detección de situaciones de conflicto y la intervención sobre las mismas.
- Crear estructuras y procedimientos de actuación que permitan la atención a situaciones conflictivas no resueltas en un primer momento a través de mediadores.

- Dotar a los profesionales de herramientas para la detección de conflictos y las causas por las que se producen.
- Conocer diferentes estrategias para afrontar situaciones difíciles.
- Usar técnicas para la resolución de conflictos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre comunicación entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 103 estudios y de ellos fueron seleccionados 14 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda.

Los descriptores utilizados fueron: “MEDIACIÓN”, “SANITARIA”, “VENTAJAS”, “LEGALIDAD”.

RESULTADOS

La mediación más conocida en el ámbito sanitario es la mediación intercultural, en la que una persona mediadora realiza su actividad cuando aparece un conflicto con personas de otras culturas, con dificultades en el idioma o por convicciones religiosas y/o culturales diferentes. La mediación sanitaria es un novedoso recurso para resolver conflictos surgidos en el ámbito sanitario, con un prometedor futuro debido a las ventajas que aporta frente a la vía judicial en cuanto a confidencialidad, inmediatez en el tiempo de respuesta, consecución de acuerdos, reconocimiento y reparación de daños. La mediación sanitaria, es el sitio donde particulares, mediadores, abogados, aseguradoras, asociaciones de pacientes, docentes, administración... pueden encontrar cualquier

información o recurso relacionado con la sanidad y poder llegar a acuerdos sobre temas delicados en el ámbito sanitario sin tener que recurrir a otras fuentes del derecho mucho más costosas en recursos y tiempo.

Cuando esto ocurre la persona mediadora puede aproximar a las partes en el conflicto, no solo al realizar un ejercicio de traducción, sino que también sirve de puente para interpretar códigos culturales propios del entorno de origen del paciente.

CONCLUSIÓN

La parte de la mediación sanitaria menos conocida es aquella que abarca los conflictos derivados del acceso a la sanidad, a la gestión del proceso burocrático en la atención al paciente, las listas de espera, el colapso en los servicios de urgencias. Nos encontramos con una realidad en la que el sistema soporta una gran presión de los usuarios a causa de recursos insuficientes, está sobresaturado en su utilización. Así, las quejas y reclamaciones son numerosas y constantes para determinados servicios y, en ocasiones los profesionales sanitarios son objeto de amenazas, insultos y agresiones por parte de usuarios del sistema de salud.

Ante esta realidad, la mediación sanitaria se configura como el método para la resolución de conflictos en el ámbito sanitario, ya sea entre profesionales sanitarios,

entre éstos y usuarios, o entre usuarios y la propia institución. La mediación se realiza a través de un tercero neutral, imparcial e independiente, que facilita la resolución del conflicto a través del diálogo y la comunicación entre las partes, promueve la búsqueda de soluciones por las partes de forma que éstas, por sí mismas, encuentren la solución.

Mientras que la mediación sanitaria intercultural sí se ha puesto en marcha con más énfasis en determinados núcleos de población, dadas las características poblacionales y de diversidad cultural en el territorio. La mediación sanitaria en conflictos, como servicio ubicado en el propio hospital o centro sanitario, apenas si existe como experiencia piloto en poquísimas ciudades españolas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrobles JA. Sobre el futuro de la psicología clínica/sanitaria en España: controversias y vías de integración. 2017. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 25, N.º 1, pp. 201-226
2. Escalada López, ML. La mediación: cumplimiento voluntario y ejecución de los acuerdos de mediación. Trabajo Fin de Estudios en Master Mediación y Resolución Extrajudicial de conflictos. 2016. Universidad de Valladolid. Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación.
3. Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales
4. González Jiménez AJ. Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales., 2016

TEMA 16. SACROILEÍTIS POR RM PARA DIAGNÓSTICO DE EA.

BEATRIZ SUÁREZ VELASCO

ÍNDICE

1. ¿Qué es la EA?
2. Diagnóstico de sacroileítis por RM
 - 2.1. Objetivos
3. Tipos de lesiones
 - 3.1. Lesiones inflamatorias activas
 - 3.2. Lesiones estructurales
4. Conclusiones
5. Bibliografía

1.¿QUÉ ES LA EA?

La EA es una enfermedad con muchas manifestaciones en el sistema musculoesquelético. Existen alteraciones en las articulaciones sinoviales y cartilaginosas y en las zonas de inserción de tendones y ligamentos en el hueso, tanto en la columna como en otras localizaciones.

Lo característico de esta enfermedad es la afectación sacroilíaca, que es típicamente bilateral y simétrica. También produce alteraciones en la unión disco vertebral, articulaciones interapofisarias y costovertebrales y en la inserción de los ligamentos posteriores.

La EA afecta preferentemente a varones, comenzando generalmente en la tercera década de la vida. En la raza blanca tiene una mayor incidencia relacionada probablemente con factores genéticos: HLA B27 positivo.

De todas las artropatías inflamatorias es la menos erosiva y la mas osificante.

2. DIAGNÓSTICO DE SACROILEÍTIS POR RM

La RM es una herramienta fundamental en la detección de los signos tempranos de compromiso articular sacroilíaco en la enfermedad inflamatoria, aumentando la sensibilidad con respecto a la radiología convencional.

2.1. OBJETIVOS

- Enumerar hallazgos radiológicos de las diferentes artropatías en las articulaciones sacroilíacas.

- Demostrar la importancia del estudio de RM en la diferenciación de lesiones activas y crónicas estructurales de acuerdo a los criterios del protocolo ASAS.

3.TIPOS DE LESIONES:

3.1.LESIONES INFLAMATORIAS ACTIVAS

Se describen 4 tipos de lesiones:

1. Edema óseo y osteítis
2. Sinovitis
3. Entesitis
4. Capsulitis

Se requiere la presencia de edema óseo y osteítis para llegar al diagnóstico de sacroileítis activa.

1. EDEMA ÓSEO Y OSTÍTIS:

Área de aumento de señal en secuencias STIR y señal baja en T1 en región subcondral y periarticular. El realce postgadolinio, refleja aumento de vascularización y perfusión reactiva(osteítis). Hallazgo presente en el 90% de EA.

Para llegar al diagnóstico de sacroileítis, el área de edema óseo – osteítis, debe estar presente en al menos 2 cortes consecutivos o, si existe mas de 1 foco, en un solo corte.

2.SINOVITIS:

Aumento de la intensidad de señal en el margen sinovial del espacio articular, similar a los vasos en secuenciasnT1-SG-Gd. Las secuencias STIR no distinguen la sinovitis del liquido articular.

3.ENTENSITIS:

La hiperintensidad en secuencias STIR o T1-SG-Gd en las zonas de inserción de tendones y ligamentos, incluyendo el espacio retroarticular. La alteración de señal puede extenderse a La médula ósea y a las partes blandas adyacentes.

4.CAPSULITIS:

Sus signos son similares a los de la sinovitis, pero en este caso la intensidad de señal anormal afecta a las capsulas anterior y posterior y puede extenderse medial y lateralmente en el periostio.

3.2.LESIONES ESTRUCTURALES

1.ESCLEROSIS SUBCONDRALE:

Focos o áreas con baja intensidad o vacío de señal en todas las secuencias, sin captación en las secuencias con gadolinio.

2. DEPÓSITO DE MÉDULA OSEA GRASA PERIARTICULAR:

Se considera una lesión ósea crónica porque se observa característicamente en zonas donde se localizan las lesiones inflamatorias activas. Aumento de la intensidad de la señal en secuencias T1.

3.EROSIONES:

Aparecen como defectos óseos de la superficie articular, hipointensos en T1 e hiperintensos en STIR si están activas.

4.PUENTES ÓSEOS Y ANQUILOSIS:

Lesiones hipointensas en todas las secuencias, en ocasiones rodeadas de depósitos de médula ósea grasa. Inicialmente son aisladas y luego forman puentes interarticulares borrando el espacio articular(anquilosis).

4.CONCLUSIONES

El diagnóstico de espondiloartropatías se basa en la combinación de datos clínicos, analíticos y radiológicos.

La radiología desempeña un papel creciente en el diagnóstico precoz.

La RM permite establecer el diagnóstico en fases más precoces al identificar el proceso inflamatorio antes que se produzcan cambios destructivos articulares.

La Rx simple sigue siendo mejor para objetivar los sindesmofitos y la anquilosis.

La RM con secuencias STIR es fundamental para la evaluación de la articulación sacroilíaca a fin de diferenciar enfermedad activa y patología estructural, pudiendo caracterizar los hallazgos del protocolo ASAS. Esto favorece al diagnóstico y tratamiento temprano.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Rm en el estudio de sacroileítis: Por fin un lenguaje universal. Banegas Illescas, M.E; López Menéndez, C; Rozas Rodríguez, M.L; Molino Trinidad, C. SERAM 2010, D01: 0,1594/Seram2012/S-0065.
- The Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) handbook: Sieper, J; RudWaleit, M; Baraliakos, X; Brandt, J; Braun, R; Burgos-Vargas, R; et. Al. Ann Rheum Dis 2009;68;ii44doi:10,1136/ard2008,104018.
- Nuevos criterios ASAS para el diagnóstico de espondiloartritis. Diagnóstico de sacroileítis por RM. Banegas Illescas, M.E; López Menéndez, C; Rozas Rodríguez, M.L; Fernández Quintero, R.M. Radiología. 2014, 56(1):7-15.

TEMA 17. TÉRMINOS DE DESEMPEÑO Y GESTIÓN DE CONFLICTOS.

ESTEBAN ROMERO BERNAL

ÍNDICE

• INTRODUCCIÓN.....	3
• METODOLOGÍA.....	6
• RESULTADOS.....	7
• CONCLUSIÓN	9
• BIBLIOGRAFÍA.....	10

INTRODUCCIÓN

Las principales líneas de actuación en gestión de conflictos son:

- Liderazgo y sensibilización: Esta línea consiste en que toda la estructura jerárquica de la Gerencia Regional de Salud, especialmente equipos directivos y mandos intermedios, asuma el compromiso de implantar una cultura del diálogo y el entendimiento para evitar conflictos.

La misma aprobación del plan constituirá un primer impulso realizado desde la cúspide de la organización, que asumirá el liderazgo y la responsabilidad de su implantación. Este liderazgo deberá ser asumido también por los equipos directivos de las Gerencias.

- Capacitación de los profesionales: Está fundamentalmente dirigida a los mandos intermedios en su labor de gestión de personas y recursos. Con ello se intenta

dotar a los responsables de los centros o servicios de la capacitación adecuada para mejorar en la dirección de equipos y prevenir los conflictos en sus fases iniciales.

De esta forma se fomentará la cultura de la mediación y gestión de conflictos en el primer nivel en el que se producen, de manera que éstos puedan ser resueltos en su inicio, evitando que deriven en una escalada de reclamaciones y denuncias.

- Creación de un sistema propio: Deberá establecerse la estructura de medios humanos y materiales necesarios para desarrollar un plan. Se constituirá un equipo de mediación que abarque todas las áreas con un número de mediadores suficiente para cubrir las necesidades y que estará integrado por los mediadores formados expresamente y por aquellos profesionales que acrediten una formación en mediación

superior a la impartida por la Gerencia Regional de Salud y voluntariamente acepten participar en el proyecto.

- Seguimiento y evaluación: Todos los conflictos sobre los que se actúe, bien por el propio mando intermedio o por el mediador designado al efecto, deberán ser objeto de seguimiento por las Gerencias para comprobar que la solución adoptada ha surtido los efectos esperados por las partes.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre comunicación entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 91 estudios y de ellos fueron seleccionados 12 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda.

Los descriptores utilizados fueron: “GESTIÓN”, “CONFLICTOS”, “TÉRMINOS”, “DESEMPEÑO”.

RESULTADOS

Se elaborará un protocolo de mediación que establezca el funcionamiento, responsabilidades, funciones y procedimiento de actuación, que garantice la objetividad, imparcialidad y neutralidad de los mediadores y que establezca el deber de confidencialidad del proceso para todos los implicados.

Este procedimiento podrá ser específico de la Gerencia Regional de Salud o asumir el general que, en su caso, establezca la comunidad autonómica correspondiente. En cualquier caso, en su elaboración se contará con la participación y experiencia de los mediadores ya formados por la Gerencia Regional de Salud. Se creará un registro de profesionales capacitados, tanto en gestión de conflictos (mandos intermedios que hayan superado los

cursos de formación) como en mediación, con objeto de garantizar su objetividad, imparcialidad y neutralidad en los asuntos que se les asignen.

También un registro de los asuntos en los que han intervenido los mediadores y los resultados obtenidos.

CONCLUSIÓN

Las Gerencias facilitarán información en los Comités de Seguridad y Salud sobre los conflictos internos en los que se ha intervenido a través de los mediadores y sobre el resultado obtenido.

Se elaborarán criterios de evaluación interna que permitan la mejora del procedimiento que se apruebe y de las actuaciones formativas que se lleven a cabo.

Una vez aprobado el procedimiento de mediación se programará la realización de auditorías para comprobar el buen funcionamiento del mismo.

Como resultado de las auditorías y del análisis de los resultados se elaborarán informes de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo, Fernando. "El desempeño del estado y la conflictividad social." Coyuntura. Análisis Económico y Social de Actualidad, 2009, p. 10+. Informe Académico, Accessed 20 Apr. 2019.
2. Miranda Eva, Torres Adriana, Rotondo Emma, Mostajo Patricia. Perfil de competencias del profesional que cumple funciones de monitoreo, evaluación y gestión de evidencias de programas y proyectos de desarrollo: un aporte para las decisiones basadas en evidencias. An. Fac. med. 2015 [citado 2019 Abr 20] ; 76(spe): 67-76.
3. Monteiro AP, Serrano G, Rodríguez D. Estilos de gestión del conflicto, factores de personalidad y eficacia en la negociación. Journal Revista de Psicología Social. International Journal of Social Psychology. Volume 27, 2012 - Issue 1 .

TEMA 18. COMUNICACIÓN ENTRE CELADOR Y PACIENTE.

**MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO
NATALIA CASTRO LÓPEZ**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN:
 - Comunicación.
 - Elementos de la comunicación.
 - Barreras de la comunicación.
2. OBJETIVOS
3. METODOLOGÍA
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIÓN
6. BIBLIOGRAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

COMUNICACIÓN:

La comunicación es un proceso en el que se establece una relación de transmisión y recepción de ideas entre un locutor y un interlocutor.

Tiene mucha importancia a la hora de tratar con pacientes y requiere del aprendizaje llevado a cabo a través de experiencias, que permiten el conocimiento de uno mismo y del entorno para desarrollar la capacidad de interpretación.

Existen dos tipos de **comunicación verbal**: oral y escrita.

La **comunicación no verbal** se realiza a través de la apariencia física, los movimientos corporales y los gestos.

Cuando la comunicación oral no es comprendida, se confía más en el lenguaje no verbal.

Abarca:

- la quinesia(mirada, signos del mentiroso),
- la proxémica(distancias),
- la paralingüística(fluidez, articulación, volumen, velocidad, timbre, entonación de las palabras).

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN

- **Emisor:** Es la persona q inicia la comunicación y quiere transmitir algo mediante un código entendido por los que intervienen.
- **Mensaje:** Es lo que se quiere transmitir.
- **Canal:** Es el medio para transmitir el mensaje.
- **Receptor:** Persona que recibe el mensaje y descifra el código emitido por el emisor.
- **Feedback:** Respuesta del receptor que certifica que captó el mensaje.
- **Contexto:** Entorno físico y emocional.

BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN

-Lingüísticas: Cuando no se entiende el idioma o vocabulario empleado.

-Interferencias: Externas, como pueden ser los ruidos...
Internas, como sería un dolor de cabeza...

-Psicológicas: Pueden llevar a percibir las cosas de manera diferente a como son en realidad, a causa de :
Los estereotipos; la impresión general de la persona; proyectar en el otro/a nuestra forma de ver la vida; escuchar solo los mensajes que nos interesan; no ser capaces de ponerse en el lugar del otro/a.

Para superar las barreras, el/la celador/a, debe adoptar medidas para que el/la paciente llegue a expresar sus necesidades:

- Usando un lenguaje adecuado a los/as pacientes.
- Escuchando con atención y cerciorándose de que el mensaje ha sido recibido de la manera que se pretende, utilizando la retroalimentación.
- Empleando una actitud positiva y no crítica.
- Evitando las ideas preconcebidas aceptando al paciente como es, respetando sus creencias y sentimientos, aunque no sean como los del propio celador.

2.OBJETIVOS

- Conseguir relaciones satisfactorias con los/as pacientes.
- Usar las habilidades de comunicación en el cuidado del paciente para obtener una atención más personalizada.
- Humanizar la asistencia.

3.METODOLOGÍA

Se utiliza información encontrada en Internet Medline, PubMed español.

Criterios de **inclusión**:

- Temática sobre comunicación y su importancia en el trato al paciente.
- Texto completo y gratuito en español.

Criterios de **exclusión**: Textos en idioma distinto al español.

Palabras clave: comunicación, paciente, celador.

4.RESULTADOS

El/la celador/a debe mostrar habilidades sociales para que su trato con los/as pacientes sea satisfactorio. Si esta relación es positiva, ayudará a que éstos/as afronten mejor su enfermedad y colaboren en su tratamiento para una pronta recuperación.

El/la celador/a debe:

- Mostrar disponibilidad y cercanía,
- Empatizar con el/la paciente y escucharlo/a activamente,
- Utilizar un lenguaje comprensible.

- Mediante la comunicación oral, deben informar a los/as pacientes, orientándolos/as con vocabulario claro y sencillo.
- Deben transmitirles confianza y seguridad , mostrando seriedad y precisión en el trabajo.
- Deben cuidar la comunicación no verbal para evitar malas interpretaciones, haciendo que sirva de apoyo al lenguaje verbal. Para ello es importante mantener el contacto visual con los/as pacientes y con actitud positiva, para mostrar interés sobre sus opiniones.

- Deben mostrar una actitud relajada de escucha, aceptación y empatía, entendiendo la situación física y emocional que atraviesan.
- Evitar asentir sin razón, hacer valoraciones o recomendaciones personales y responder de forma agresiva.

Si la comunicación es ineficaz, los/as enfermos/as acentúan su ansiedad, desvalorización personal, depresión...

5.CONCLUSIONES

Todas las actividades de los/as celadores en su relación con pacientes, deben establecerse con una comunicación eficaz ,por lo que debe enviar un mensaje claro, con frases cortas , fácil de entender y recordar, y con un volumen y tono de voz apropiados.

Gracias a la buena comunicación y a la práctica de habilidades sociales, la relación celador-paciente llega a ser satisfactoria, influyendo en la mejora de salud.

En cambio, una relación insatisfactoria hace que el paciente incumpla las prescripciones médicas, tratamientos... provocando rechazo hacia el sistema de salud y las posteriores quejas.

6. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

- Molina Romero, María; Márquez Lozano, M^a del Carmen; Granados Cano, M^a del Rosario: “Relación y comunicación paciente y celador”. Ed. Círculo Rojo.
- Estrella Pérez, Alicia. Conocimientos básicos y funciones del celador. 10^a edición. Formación Continuada Logoss. Jaén. 2012.

INTERNET:

- Celadoresonline.blogspot.com.
- <https://es.scribd.com/document/357875/Guia-de-Habilidades-Sociales-Para-El-Celador-p-51>.

- Comunicación, lenguaje y cognición en la vejez.
http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.pho?ld_articulo=214.

TEMA 19. ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

JUANA ISABEL MARTÍNEZ MENCHÓN

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- FISIOPATOLOGÍA
- EPIDEMIOLOGÍA
- ETIOLOGÍA
- MANIFESTACIONES CLÍNICAS
- DIAGNÓSTICO
- TRATAMIENTO
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

DEFINICIÓN

La esclerosis múltiple es una enfermedad neuroinmunológica, degenerativa y crónica, que daña la mielina de las células del Sistema Nervioso Central.

Sus síntomas son variados, dependiendo del territorio afectado, pero se caracteriza por una inflamación crónica, desmielinización y cicatrización del tejido nervioso.

Cuando la mielina se daña, la transmisión neurológica de los mensajes ocurre más lentamente o se bloquea por completo, lo que lleva desde una disminución a la pérdida total de la función.

FISIOPATOLOGÍA

La fisiología de la esclerosis múltiple, se caracteriza por un ataque a la capa de mielina que protege los axones de las neuronas del Sistema Nervioso Central, pudiendo quedar también dañados los propios axones en diferentes grados.

Este ataque esta mediado por el sistema inmune, en personas susceptibles, sin que se tenga claro cuales son los factores desencadenantes del mismo.

Las lesiones anatomopatológicas características son las denominadas placas, presentes en la mayoría de los casos.

EPIDEMIOLOGÍA

En todos los estudios epidemiológicos revisados, la esclerosis múltiple es más común en mujeres que en hombres, con una relación de 2:1; y entre los 15 y 50 años de edad, con una edad media de unos 30 años.

A nivel mundial, es una de las principales causas de discapacidad en los adultos jóvenes.

ETIOLOGÍA

La causa de la esclerosis múltiple se desconoce.

Se sospecha que virus o antígenos desconocidos son los responsables que desencadenan la anomalía inmunológica que suele aparecer a edad temprana. Y es entonces cuando el propio organismo, genera anticuerpos que destruyen su propia mielina.

También se habla de factores hereditarios que predisponen al desarrollo de esta enfermedad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la esclerosis múltiple son muy variadas en su forma de presentación, gravedad y duración, pero coinciden en que estas manifestaciones se asocian con el tramo nervioso afectado.

Dentro de los síntomas más frecuentes podemos encontrar:

- Síntomas musculares , de equilibrio y coordinación:
 - ❖ Fatiga
 - ❖ Pérdida de equilibrio
 - ❖ Entumecimiento
 - ❖ Problemas de movilidad
 - ❖ Problemas para la marcha
 - ❖ Problemas de coordinación

- ❖ Temblor
- ❖ Debilidad
- Síntomas vesicales e intestinales:
 - ❖ Estreñimiento
 - ❖ Micciones frecuentes y/o urgentes
 - ❖ Incontinencia urinaria
- Síntomas oculares:
 - ❖ Visión doble
 - ❖ Visión borrosa
 - ❖ Neuritis óptica
 - ❖ Movimientos oculares rápidos e incontrolables
 - ❖ Pérdida de visión
- Entumecimiento, hormigueo o dolor:
 - ❖ Dolor muscular y dolor facial
 - ❖ Espasmos musculares dolorosos
 - ❖ Sensación de picazón, hormigueo o ardor en brazos y piernas

- Síntomas cerebrales y neurológicos:
 - ❖ Disminución del periodo de atención, de la capacidad de discernimiento y pérdida de memoria
 - ❖ Dificultad para razonar y resolver problemas
 - ❖ Depresión o sentimientos de tristeza
 - ❖ Vértigos y mareos
 - ❖ Hipoacusia
- Síntomas sexuales:
 - ❖ Problemas de erección
 - ❖ Problemas con la lubricación vaginal
- Síntomas del habla y la deglución:
 - ❖ Lenguaje mal articulado o difícil de entender
 - ❖ Hable lenta
 - ❖ Problemas para masticar y deglutir

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la esclerosis múltiple es fundamentalmente clínico, no existen pruebas específicas y ninguna es concluyente.

Es fundamental la revisión por parte del neurólogo, el cual mediante la historia clínica y la exploración física, valorará la sintomatología y realizará un examen neurológico completo.

Posteriormente, si se confirma que hay sospecha de padecer esclerosis múltiple, la resonancia magnética buscará las lesiones típicas de la enfermedad, placas o zonas inflamadas.

También se puede estudiar el líquido cefalorraquídeo para ver si existen anomalías propias de la enfermedad.

También se pueden realizar pruebas de potenciales evocados auditivos y visuales, que miden el tiempo que utiliza el cerebro para recibir e interpretar mensajes. Normalmente la respuesta cerebral es inmediata, y si existe desmielinización en el sistema nervioso central puede haber retraso en la misma.

TRATAMIENTO

En la actualidad no existe un tratamiento curativo para la esclerosis múltiple. Los objetivos del tratamiento irán encaminados a:

- Prevenir la discapacidad neurológica a largo plazo
- Reducir la frecuencia, severidad y duración de los brotes
- Mejorar la sintomatología
- Restablecer la funcionalidad

El tratamiento por tanto será individualizado según las características de cada paciente, según el tipo y severidad de la sintomatología presente.

Actualmente se investigan diversas terapias, como son:

- Inmunoterapia
- Terapias para mejorar la conducción de impulsos nerviosos
- Terapias centradas en un antígeno
- Citocinas
- Remielinación
- Dieta

El tratamiento de un paciente con esclerosis múltiple debe incluir también:

- Rehabilitación
- Terapia psicológica
- Terapia psiquiátrica

CONCLUSIÓN

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica que cursa en brotes y cuyo pronóstico individual es incierto.

Su etiología es desconocida y su diagnóstico se realiza tempranamente por las manifestaciones clínicas, confirmándolo después por otras pruebas, como la resonancia magnética.

Actualmente se está investigando cada vez más para encontrar un tratamiento y un diagnóstico más claro.

Aunque es una enfermedad crónica, se está avanzando para tratar de llevar una vida lo más normal posible durante el mayor número de años.

BIBLIOGRAFÍA

- Mahad DH, Trapp BD, Lassmann H. Pathological mechanisms in progressive multiple sclerosis. *Lancet Neurol.* 2015; 14(2): 183-193.
- Déniz Cáceres A, Saavedra P, Marrero I. Predicción del grado de minusvalía en pacientes con esclerosis múltiple. *Rehabilitación.* 2011; 45(4): 301-307.
- Porras Betancourt M, Núñez Orozco L, Plasencia Álvarez NI, et cols. Esclerosis Múltiple. *Rev. Mex. Neuroci .* 2007; 8(1): 57-66.

TEMA 20. EI CELADOR ANTE UNA QUEJA.

**NATALIA CASTRO LÓPEZ
MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. OBJETIVOS.
3. METODOLOGÍA.
4. RESULTADO:
TRATAMIENTO DE QUEJAS.
5. CONCLUSIÓN.
6. BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es el medio a través del cual obtienen o comparten información sobre su entorno, esta puede ser entre dos o más personas, usando un código común entre ellos.

Es la capacidad que tenemos de transmitir intenciones, información, opiniones y entre muchas otras cosas quejas o disconformidad por la atención recibida.

La forma en que nos comunicamos puede hacer mucho bien o mucho daño, por eso la importancia del profesional al servicio de la atención pública cuide lo que dice y también como lo dice.

A veces es inevitable, que surjan problemas en la comunicación, los malentendidos o errores pueden dar lugar a que el usuario se enfade y manifieste su intención de poner una queja. Siendo una manera de expresar su disconformidad con el trato recibido. Aquí es donde el celador juega un papel muy importante.

Una queja bien atendida y que esta no llegue a ponerse , puede hacer que mejore la imagen de las administraciones públicas. De ahí la importancia de “ manejar” eficazmente estos malentendidos.

OBJETIVOS

Nuestro objetivo debe ser **solucionar el problema** con prontitud en la medida de lo posible. Una respuesta rápida a una queja redundará en mayor satisfacción de los usuarios y familiares.

No dar respuestas precipitadas

Dar una solución al problema. Ofreciéndole el mayor número de alternativas posible.

Resolución y manejo al problema generado de forma rápida y justa y sino puede ser en ese momento le haremos saber que día en concreto.

Escuchar con atención, a fin de identificar el problema y solucionarlo.

No hacer promesas que no podamos cumplir.

Nuestro trato hacia el usuario genere buena imagen a la institución que representamos.

Permanecer leales a la institución que representamos, no juzgando ni criticando las actuaciones tomadas por la institución.

Satisfacer al usuario en la medida de las posibilidades.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda de bibliografía exhaustiva en las principales base de datos de sanidad.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español.
- Documentos publicados en los últimos 15 año.

Criterios de exclusión:

- Documentos publicados en idiomas distintos al español.

Palabras clave:

- Quejas, empatía, escucha activa, lenguaje verbal, comprensión.

TRATAMIENTO DE LAS QUEJAS

El celador, suele ser la primera persona con la que el enfermo toma contacto en la institución hospitalaria. Lo importante, de darle una buena acogida en situaciones donde la ausencia de salud, los nervios, estrés, resentimiento o malos entendidos, puede hacer que el enfermo no reaccione como debiera. Aquí, se puede poner de manifiesto, la profesionalidad y el buen hacer del celador ante estas situaciones.

Actitudes que debe de tener el celador ante una queja o discrepancia:

Una de las cosas más importantes es dejar que se **desahogue**, no interrumpirle, dejar que la persona termine de hablar para que se calme. Que manifieste sus opiniones, así nosotros podemos saber lo que quiere y como lo quiere

Mostrar interés en lo que nos está diciendo, estableciendo una **escucha activa**, resumiendo con nuestras palabras lo que el usuario nos ha expresado, parafraseando, resumiendo... Así podemos establecer una relación de cordialidad.

Eliminar todas las posibles distracciones, para que el usuario se sienta cómodo, utilizando continuo contacto visual, con tono y volumen adecuados .

Manifestar **empatía** , es una forma de inteligencia interpersonal, haciéndole saber que le comprendemos y entendemos su preocupación, al ponernos en su situación podemos llegar al paciente.

Ponernos el objetivo de **disminuir la tensión**, para poder conseguir un cambio de comportamiento y en una situación favorable para el diálogo.

No negarse a recibir una reclamación y atender la reclamación de forma personal, a ser posible en un lugar aislado fuera de la vista de los curiosos.

Contestar a la objeción o problema de forma correcta y calmada y procurando solucionar el problema en la **máxima brevedad**.

Pedir **disculpas** de manera clara, si el usuario tiene razón, dándole explicaciones tranquilizantes

Expresión de nuestro rostro y cuerpo, lenguaje no verbal, debe de estar en armonía con la calma y tranquilidad que le queremos dar.

BARRERAS A EVITAR

- Mal uso del lenguaje verbal y corporal.
- Actitudes de superioridad y soberbia.
- Intentar llevar siempre la razón.
- Falta de atención al usuario.
- Agresividad, indiferencia o pasividad a la hora de resolver el problema.
- Prejuicios o actitud negativa hacia la persona.

CONCLUSIONES

La gente reacciona mejor ante el mensajero que ante el mensaje, por eso la importancia de cuidar nuestro lenguaje verbal y no verbal, siendo amables, agradables y tener dotes de persuasión para que el usuario recapacite a la hora de poner una queja.

Mostrar interés por la situación que atraviesa el usuario, ponernos en su lugar , siendo capaces de transmitir comprensión y dándole una solución a su problema, hará que el estado de ánimo se apacigüe y quede satisfecho con la resolución del problema. Redundando en la buena imagen de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** El celador en los servicios hospitalarios, formación continuada www.logos.net.
- El celador en servicios especiales y centros de salud, formación continuada www.logos.net.
- Luis del Castillo Torres, celadores del servicio Andaluz de Salud, ediciones , MAD 1991.
- <https://www.researchgate.net>.
- <https://www.slideshare.net>.
- <https://www.saludiarario.com>

TEMA 21. INFLUENCIA DEL DEPORTE EN LAS MUJERES GESTANTES.

REBECA LONGARELA FERNANDEZ

ALICIA GUERRERO GONZALEZ

NOELIA MORILLO GONZÁLEZ

ARÁNZAZU APARICIO GARCÍA

SUSANA DÍAZ BRANDY

NATALIA GARCÍA CARBAJAL

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

3. METODOLOGÍA

4. RESULTADOS

5. CONCLUSIONES

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia las mujeres han recibido consejos y recomendaciones de cómo llevar a cabo un buen embarazo y un buen parto. Por ello en mujeres gestantes, sin problemas de salud previos y con la recomendación del médico podrá realizar un deporte, una actividad física durante el periodo de gestación.

Este deporte es gratificante en cuanto a pre- parto y post-parto puesto que no solo la actividad física nos beneficia en somático sino también en cuanto a la salud mental de la gestante. Sin embargo, hay varias definiciones de la patología mental, pero la más común y más acertada es la que nos aporta la OMS(Organización Mundial de la Salud)¹ la cual abarca al individuo integralmente sin discriminar ninguna condición de enfermedad, ni física ni social incluyendo la patología mental que estamos tratando.

Dentro de las patologías de salud mental se encuentran los Trastornos Mentales Graves (TMG), que son un conjunto de diagnósticos que entran en el grupo de la psicosis, aunque también hay otros diagnósticos relacionados². En estos trastornos Mentales Graves una de las principales patologías son **los trastornos depresivos**.

La **depresión** en su máxima expresión es un trastorno que pertenece a la familia de psicología o psiquiatría, el cual ocuparía lo que es el primer lugar en la lista de los trastornos depresivos. En cuanto a este tipo de patologías podemos confirmar que se trata de una anhedonia, abulia, tristeza con todo en general, tanto individual como en familia. Se encuentra en un estado de bloqueo anímico.

Una faceta de estas personas es la abulia, es decir, la falta de ánimo para realizar cualquiera de las actividades de la vida diaria, referente a esta patología hay etapas en la cual el

individuo ni con apoyo psicológico es capaz de realizar algo que le haga sentirse feliz. Cuando nombramos la palabra depresión podemos referirnos a un estado de ánimo, comúnmente conocido como humor, afecta generalmente a las mujeres en alguna etapa de su vida, por lo que no podemos descartar que pueda aparecer en la gestación y que afecte al feto. Puede aparecer en la fase de post- parto y en fases de menstruación.

Es muy importante reconocer en cualquier consulta, algún síntoma que indique que esa persona está pasando por una depresión. Hay que reconocer rápidamente para abordar este tipo de patología.

Hasta ahora hemos abordado la depresión pero hablar de ella nos lleva a los **estados de ansiedad**, que sería una patología que acompaña a la depresión. Se puede decir que una persona puede comenzar con ansiedad y podría terminar con

un estado de depresión si no se trata rápida y correctamente. Se considera una de las consultas más realizadas a nivel de la población en atención primaria y aparecería en consultas de cualquier personal sanitario. Se puede diferenciar de la depresión en cuanto la persona se exprese negativamente en varias ocasiones. Esta ansiedad afecta(como hemos comentado ya en la depresión) a más mujeres que a hombres a nivel mundial, puesto que las mujeres son más propensas hormonalmente.

El embarazo en sí es una de las etapas que predispone a las mujeres a diferentes alteraciones de la salud, como la depresión; considerada alteración como situación habitual en la gestación, no gestación y sin tratamiento³ .

La mujer en la gestación sufre físicamente y hormonalmente cambios, lo que puede limitar una vida como la que llevaba antes de la gestación. La palabra embarazo es un golpe, que cada persona según su situación sentimental o

familiar le puede afectar no solo físicamente si no psicológicamente. Por ello en muchos artículos hemos encontrado que una gestante que tiene apoyo tanto por parte de su pareja, como familia suelen caer menos en depresión, ansiedad. Puesto que estas personas les dan seguridad en todo momento.

Existen varios tipos de valoración de ansiedad y depresión en una gestante. Destacan el Inventario de Depresión de Beck y el Test de Edimburgo para valorar la depresión postparto. Los profesionales que ejercen su labor asistencial en los centros de atención primaria, detectan a través de estas escalas, un decaimiento durante la reciente maternidad. En esta escala podemos encontrar diez afirmaciones cortas, la madre selecciona una de ellas que más equivale a su estado psicológico en una semana. Muchas contestan esta escala rápidamente en 5 minutos.

El tema de la actividad física(ejercicio físico) en el embarazo es tema tabú, aunque numerosos autores le atribuyen al ejercicio numerosos beneficios físicos y mentales, siempre que el embarazo no sea considerado de riesgo. Pero muchas mujeres que realizan ejercicio anterior al embarazo, durante éste abandonan o incluso reducen el ejercicio.

Ya Aristóteles(S.III a. de C.) señalaba que muchos de los partos difíciles en mujeres eran porque realizaban una vida sedentaria.

En muchos de los países occidentales se conoce la psiquiatría prenatal, en ella se realizan los estudios y diagnósticos pertinentes a trastornos mentales que pueden aparecer en el pre y postparto. Muchos de los estudios que se encuentran en este momento, demuestran que una actividad física en el embarazo puede realizarse de forma segura.

En nuestro trabajo hemos podido conocer estudios que nos demuestran que el ejercicio físico en el embarazo sirve para evitar aumento de peso, también se realiza un control constante de hipertensión, diabetes. Esta actividad física es beneficiosa para el feto, disminuye el peso elevado y se evita que se produzca un parto distócico.

En cuanto a la depresión materna se puede experimentar un cambio hormonal que afecta a los neurotransmisores del humor. Estos pueden verse reflejados por:

- Ansiedad
- Irritabilidad
- Problemas para dormir
- Cansancio extremo

Además se puede relacionar con menor síntomas de hiperglucemia fetal, mejor salud infantil. Dormir menos de 8 horas y no realizar ninguna actividad física, supone el peligro de padecer bajo peso del feto(menos de 2500grs).

Otro síntoma que se puede encontrar es el riesgo de estreñimiento lo cual si se realiza también un tipo de actividad física, caminar, nadar puede estar solventado sin necesidad de medidas farmacológicas. En caso de estreñimiento es necesario valorar cambiar la dieta, añadir mas hidratación a la gestante e incluso algún tipo de ayuda para realizar la deposición.

2. OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión es conocer que beneficios o contraindicaciones podemos conocer al realizar una actividad física en el embarazo diferenciados en cardiovascular, metabólico, psicológico y a nivel fetal. De tal manera que una práctica regular de ejercicio físico establecer si disminuye el hecho de enfermedades crónicas, si mejora los niveles glucémicos, disminuye la aparición de calambres, mejora el estado de ánimo y salud mental y aumenta la satisfacción con la imagen corporal siendo imprescindible para evitar factores depresivos.

Estableceremos entonces :

2.1 OBJETIVO GENERAL

. Describir los beneficios del deporte durante el embarazo.

2. 2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- . Analizar la calidad de vida de mujeres embarazadas que realicen algún tipo de deporte.
- . Conocer los ejercicios que influyen en la esfera emocional durante el embarazo.

3. METODOLOGIA

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban el ejercicio en el embarazo y las compensaciones que podría obtener una gestante a través de este. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en terminología DECS fueron: “embarazo”, “salud mental” y “ejercicio” y en términos Mesh: “pregnatwomen”, “mental health” y “exercise”.

Se seleccionaron artículos que correspondían a la última década, incluyendo sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas. Hemos utilizado los siguientes criterios para seleccionar la información:

- . Textos que aparezcan palabras como: embarazo, ejercicio, depresión.

- . Sin discriminar idioma

- . Artículos completos

- . Bases de datos, revistas, libros

Hemos seleccionado como criterios de exclusión

- . Artículos sin autor

- . Artículos sin título

- . Textos en los que las mujeres ya tenían patología psiquiátrica anterior al estudio

Nuestra revisión bibliográfica comprende un periodo que abarca desde noviembre de 2018 a finales de Marzo de 2019.

Se obtuvieron un total de 58 textos y 14 se seleccionaron para nuestro estudio. Los artículos deberían incluir unos criterios para poder ser admitidos en la revisión.

. Se seleccionaron los artículos en los que aparecía la mujer embarazada o en el postparto, que hubiese realizado deporte, independientemente de su cultura o edad para evitar una depresión, diabetes, hipertensión e incluso síntomas en el postparto

4. RESULTADOS

Según Gastón “et al”⁴, uno de los grandes beneficios que genera el deporte es el aumento del nivel de endorfinas, que en el proceso del parto pueden actuar como analgesia endógena para la parturienta y , con ello, conseguir una atmósfera más adecuada para desencadenar el trabajo de parto.

Diversos estudios revelan que realizar deporte durante el embarazo es un óptimo recurso para paliar la multitud de cambios físicos y psicológicos que surgen en esta etapa de ciclo vital.

Las gestantes que realizan actividad física de forma regular tienen menos riesgo de finalizar su parto por cesárea, puesto que ejercitar la movilidad pélvica y preparar el cuerpo de una manera integrada, favorece el correcto desarrollo del

trabajo de parto. Las mujeres que se mantienen activas, es decir, que evitan el aislamiento social, tienen menos miedo a la incertidumbre del momento del parto y la calidad de vida de la embarazada mejora.

El ejercicio regular durante el embarazo no se asoció con el parto prematuro tardío ni con la hospitalización durante el embarazo. La actividad física de 150 minutos o más por semana se asoció con una reducción de las probabilidades de cesárea en comparación con menos de 60 minutos por semana, pero el hallazgo no fue significativo.

La actividad física prenatal y la aptitud cardiorrespiratoria materna durante el embarazo no se relacionaron con el peso fetal al nacer en mujeres embarazadas con sobrepeso u obesidad.

Los ejercicios más adecuados para llevar a cabo durante la gestación son los de tipo aeróbico, de forma controlada, que no conlleven riesgo para el embarazo y sean realizados por mujeres sanas. Los profesionales deben informar a las gestantes que el ejercicio físico es un complemento adecuado para beneficiar tanto a la madre como al feto.

Para valorar el impacto emocional en la práctica de actividad física en la gestación se debería planificar una tabla de ejercicios en el segundo semestre de embarazo, con baja intensidad como: caminar, bicicleta estática, nadar... A nivel fisiológico se liberan endorfinas, neurotransmisores que nos hacen sentir bien en nuestro ambiente. Durante la actividad física la embarazada debe hidratarse correctamente, usar ropa cómoda, no realizar actividad intensa en ambientes

húmedos. No es recomendable ejercicios en decúbito supino a partir del tercer trimestre puesto que no es una posición anatómica adecuada ni para el bebé ni para la madre por compresión circulatoria. Si se experimenta náuseas, mareos, visión borrosa o fatiga se debe de cesar inmediatamente.

Otro tipo de práctica para reducir la depresión en el embarazo pueden ser las técnicas de relajación, las cuales pueden ser diafragmáticas o a nivel emocional. De esta forma el nivel de estrés de la madre sufre un descenso, puesto que ella una vez aprendido las técnicas, puede emplearlas en cualquier momento que se vea ansiosa.

Las terapias de actividad física con mas gestantes para compartir experiencias, lo cual conlleva menos riesgo de padecer depresión y/ o angustia. Por lo que estos grupos son una fuente de apoyo emocional.

5. CONCLUSIONES

Se ha demostrado que practicar 30 minutos al día de ejercicio físico, puede ser productivo, pero es importante comenzar despacio, el primer día se utilizarán 15 minutos y así aumentando hasta 30 minutos al día, puesto que un inicio fuerte y que resulte agotador es una claudicación de esa actividad física. Es ,muy importante llevar una buena hidratación(agua), ropa adecuada y cómoda.

Existen muy pocas publicaciones respecto a este tema de actividad física en el embarazo y la relación con la depresión. Por lo que se entiende que muchas embarazadas en caso de tener depresión no realizan ningún ejercicio puesto que tienden a aislarse, o emocionalmente estar resignadas.

El uso de medicación en este tipo de patología depresiva no suele ser bastante acogida en cuanto a la madre

y al médico. Existen estudios con grupo de control en los cuales se administró escitalopram en un trimestre del embarazo y se evaluó la presentación de malformaciones estructurales graves de acuerdo con las recomendaciones European Network for Surveillance of Congenital Anomalies.⁷ En nuestra sociedad necesitamos ensayos controlados aleatorios con fiabilidad científica para identificar fases o episodios de actividad física en el embarazo que pueden resultar firmes en mujeres gestantes y fetos.

Creemos que con nuestra revisión hemos demostrado que el ejercicio es beneficioso para la gestación englobando factores físicos, psicológicos, sociales, etc. Por ello esperamos que en un futuro encontremos mas textos adecuando estos ejercicios al embarazo.

Para finalizar una formación sanitaria adecuada por parte de educadores sanitarios, enfermeros, matronas, etc...

ayudaría mucho a las madres a perder ese miedo a realizar ejercicio, el cual facilitaría beneficios a la paciente, bebé e incluso el ámbito familiar, puesto que se evitarían muchas de las depresiones del embarazo o postparto.

Todos los profesionales sanitarios deberían recibir formación adecuada desglosando todo tipo de términos del embarazo normal, tema hormonal, cambios fisiológicos de la gestante y todo tipo de preguntas que se pueda llegar a hacer la paciente, que el profesional pueda contestar rápidamente y no tener que volver a citar a la paciente en otra consulta. También estos profesionales deben de tener facilidad para poder detectar y ayudar en esta etapa de la vida de estas pacientes que van a acudir con mucha angustia, con mucha labilidad emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejería Sanidad(2008). Proceso Asistencial integrado del Trastorno Mental. Sanidad 1, 10.
2. Angosto Saura, E. Pérez Martín, J. Pérez Montana, J. La visita domiciliaria dentro del programa de reinserción de pacientes crónicos. 2008. Aen 2, 9.
3. Urbina C.C & Villaseñor, S.J. Los trastornos psiquiátricos y el embarazo. Psiquiatría Gallega, 6, p1067-6079.
4. Gastón, A. and Vamos, C.A: Leisure- Time Physical Activity Pattern and Correlates Among Pre-nant Women in Ontario, Canada. Matern Child Health2012. 16(5) p1031-1044.
5. Alemany M.J, Velasco J: Aspectos emocionales que rodean al nacimiento. 2005 Matronas Prof, 6, p23- 27
6. Bradley B, SAeidB, Kappeler K: Exercice im pregnancy. Clinicalsciences. 2012, 44, p2263-2269.

7. Kang, H. Ahn K, Kim H y colaboradores
Obstetric&GynecologyScience. Citalopram en el embarazo.
Año 2017 Intranet, 1, p145-153.

Otras referencias bibliográficas consultadas:

- . Carrascón A, García S, Ceña B, Fornés M, Fuentelsaz C.
(2006). Detección precoz de la depresión durante el embarazo
y el posparto. Matronas profesión, 4, 5-11.
- . Hoffbrand S, Howard L, Crawley H :Tratamiento antidepresivo
para la depresión posparto. 2008 Chichester, 3, 150-156.
- . Rotenberg S.: Depresiones y antidepresivos de la Neurona y
De la mente de la Molécula y de la Palabra. 2001. Buenos
Aires: Medica Panamericana
- . FeanL, Helseth S, Fagermoen MA : A comparison of mother,s
and Father's experience of the attachment process in neonatal
intensive care unit. 2008. Clin Nurs, 6, 810-16.

- .CalderonN,Ruiz de Cardenas C: La gestación: Periodo fundamental para el nacimiento y desarrollo de un vinculo paterno. 2010. AvEnferm, 2, 88-97.
- . Bennett, H., Einarson A., Taddio A., Koren G., &Einarson, T. R. (2004). Depression during Pregnancy: Overview of Clinical Factors. Clinical Drug Investigation, 3, 157-179.
- . Borrás C: Ansiedad y estrés en el embarazo. 2017, de bienestar emocional. 2015 Disponible en internet en: <http://www.bienestaremocional.org/2015/11/ansiedad-y-estres-en-el-embarazo-como-afecta-a-la-madre-y-al-bebe/>.
- . Sumano-López, M. J., & Vargas-Mendoza, J. E:Frecuencia de depresión en mujeres embarazadas.2014 e-Magazine Conductitlán, 1, 36-46.

- . Cohen, L. S., Nonacs, R. M., Bailey, J. W., Viguera, A. C., Reminick, A. M., Altshuler, L. L., Stowe, Z. N. & Faraone, S. V. (2009). Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation. preliminary prospective study. Arch Women Ment Health, 4, 217-221.
- . Dennis, C. L., Ross, L. E. & Grigoriadis, S: Psychosocial and Psychological Interventions for Treating Antenatal Depression. 2007. 8, 1-3.
- . Martínez L. P. & Waysel K.R . Depresión en adolescentes embarazadas. Investigacion en psicología. 2009 p261-274. ESPAÑA: Psicopatología y técnicas de intervención y tratamiento psicológico.

**TEMA 22. PROGRAMA DE
FORMACIÓN DIRIGIDOS A LA
PREVENCIÓN DE ITS EN ALUMNOS
DE EDUCACIÓN SECUNDARIA
OBLIGATORIA (ESO).**

LYDIA TÉBAR GARCÍA

FRANCISCO CORRALES GUALDA

MARÍA JOSÉ CORRALES GUALDA

ÍNDICE

•INTRODUCCIÓN.....	3-5
•POBLACIÓN DIANA.....	6
•CAPTACIÓN.....	7
•OBJETIVO.....	8
•DISEÑO DE LAS SESIONES.....	9-12
•DESARROLLO DE LAS SESIONES.....	13-18
•EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	19
•BIBLIOGRAFÍA.....	20-22

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son un conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce, durante las relaciones sexuales, ya sea penetración o vía oral. Sin embargo, pueden transmitirse también por uso de jeringas contaminadas o por contacto con restos sanguíneos o con otras secreciones. Otra forma de transmisión es durante el embarazo, parto o la lactancia.

Muchas de las ITS presentan manifestaciones silentes, por lo que es dificultoso su diagnóstico pudiendo causar complicaciones y secuelas en las personas así como continuar con la transmisión de dicha enfermedad por su no detección.

Las ITS son un problema de salud pública a nivel global. Actualmente cada año se transmiten sobre 400 millones de nuevos casos. La mayoría suelen ser, Gonorrea, sífilis y Sida. El 90% de los afectados suele oscilar su edad entre los 15 y 30 años, sobre todo menores de 25 años sexualmente activos. Debido a estos datos reside la importancia de llevar a cabo una prevención adecuada de las ITS, enfocando esta información hacia los adolescentes con una buena educación para la salud (EPS), para que desarrollen relaciones sexuales seguras, conozcan los modos de transmisión, síntomas y consecuencias de las enfermedades de transmisión sexual, sepan cuando acudir a un profesional sanitario y empleen correctamente los métodos anticonceptivos.

El programa de salud que se presenta busca conseguir un concepto claro sobre las ITS en los adolescentes y como evitarlas, desmitificar las falsas creencias, fomentar el uso de métodos anticonceptivos, además de ampliar el concepto de la sexualidad y verlo mucho más allá que la genitalidad.

Es esencial trabajar en todo ello, puesto se convierte en un gran reto, en el que profesionales sanitarios, entre los cuales el papel de la matrona tiene una gran relevancia, deben formarse para reducir el número de ITS que cada año se presenta, siendo la manera más adecuada focalizando una EPS en adolescentes.

POBLACIÓN DIANA

Adolescentes con edad comprendida entre 12 y 14 años, que se encuentren realizando sus estudios de Educación Secundaria Obligatoria (1 ESO y 2 ESO).

CAPTACIÓN.

Para conseguir que los adolescentes acudan a ambas sesiones utilizaremos las siguientes herramientas:

Carteles informativos en todo el Centro.

Difusión a través del profesorado.

OBJETIVO.

Favorecer la adquisición de conocimientos sobre ITS en adolescentes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Los adolescentes conocerán los diferentes aspectos de la sexualidad.

Los adolescentes identificarán las diferentes ITS.

Los adolescentes detectarán las conductas sexuales de riesgo.

Los adolescentes describirán las diferentes formas de prevención de ITS.

DISEÑO DE LAS SESIONES.

5.1.- PRIMERA SESIÓN. SEXUALIDAD. ITS.

Objetivo específico.

Los adolescentes conocerán los diferentes aspectos de la sexualidad.

Los adolescentes identificarán las diferentes ITS.

Objetivos educativos.	Contenidos.	Técnica.	Agrupación.	Tiempo.	Recursos.
Los participantes expresarán sus expectativas referentes al taller.	Presentación del tema y del profesional y participantes.	Rueda de presentación	Grupo grande.	10 minutos.	
Los participantes expondrán sus conocimientos sobre la sexualidad.	Estereotipos. Concepto de sexualidad, sexo y erótica.	Tormenta de ideas. Feed-back.	Grupo grande.	10 minutos.	Pizarra.
Los participantes reconocerán los conceptos sobre fisiología y anatomía	Aparatos genitales femenino, masculino y respuesta sexual.	Imágenes. Presentación oral	Grupo grande.	10 minutos.	Proyector ordenador.
Los participantes conocerán las principales ITS y sus mecanismos de transmisión.	ITS. Mecanismos de transmisión.	Video. Presentación oral. Phillips 66.	Grupo grande. Grupos 6.	20 minutos.	Proyector ordenador

5.2.- SEGUNDA SESIÓN. “ITS SON REALES. CONOCELAS”

Objetivo específico.

Los adolescentes detectaran las conductas sexuales de riesgo.

Los adolescentes describirán las diferentes formas de prevención de ITS.

Objetivos educativos	Contenidos.	Técnica.	Agrupación.	Tiempo.	Recursos.
Los participantes manifestarán su visión de las ITS en la sociedad.	Mitos. Miedos.	Foto-palabra. Puesta en común.	Grupo grande.	10 minutos.	Fotografías . Pizarra.
Los participantes detectarán conductas sexuales de riesgo.	Transmisión de las ITS.	"Todos nos conocemos"	Grupo grande.	15 minutos.	
Los participantes expresarán estrategias para mantener una sexualidad segura.	Estrategias comunicativas. Métodos anticonceptivos. Importancia del sexo seguro.	Rol-playing	Grupo grande.	15 minutos.	

Cuestionario final	10 minutos.
--------------------	-------------

DESARROLLO DE LAS SESIONES.

6.1.- PRIMERA SESIÓN. SEXUALIDAD. ITS.

Colocándonos en torno a una distribución circular, tanto los participantes como la matrona, se inicia la sesión.

Nos introducimos en el primer objetivo que queremos llevar a cabo en esta sesión, “Los participantes expresarán sus expectativas referentes al taller”. Comienza con la presentación tanto del profesional como de los participantes, los cuales deben decir su nombre y en que creen que les ayudaran estas sesiones.

Colocados los participantes según la parte anterior pasamos al segundo objetivo de la sesión donde expondrán sus conocimientos sobre la sexualidad. En él se hará una tormenta de ideas, donde nos mostraran que es para ellos la sexualidad y el sexo. Se establecerá un Feed-back entre todos los componentes, dispondrán de un tiempo de diez minutos para el desarrollo de esta actividad.

A continuación pasaremos al tercer objetivo, donde los participantes reconocerán los conceptos sobre fisiología y anatomía. Se realiza una breve explicación sobre el aparato reproductor femenino y masculino y su fisiología, mediante una duración de 10 minutos.

Para finalizar la primera sesión, se va a concluir con el cuarto objetivo donde los participantes conocerán las principales ITS y sus mecanismos de transmisión, mediante un video. Posteriormente se van a colocar en grupos, y a través de la técnica “Phillips 66” hablarán sobre una ITS adjudicada en el video, sus causas y sus manifestaciones.

6.2.- SEGUNDA SESIÓN. “ITS SON REALES. CONOCELAS”

Colocándonos en torno a una distribución circular, tanto los participantes como la matrona, se inicia la sesión. Comienzan los participantes aportando qué es lo que más les llamo la atención de la sesión anterior y lo que más les interesó.

Iniciamos la sesión con el primer objetivo, “los participantes manifestarán su visión de las ITS en la sociedad”. Se realizara mediante la técnica de foto- palabra, donde se describirán diversos mitos y miedos de la sexualidad y las ITS. Posteriormente se llevara a cabo una puesta en común donde se desmentirán dichos mitos

Continuamos la sesión desarrollando el segundo objetivo, donde los participantes detectaran las conductas sexuales de riesgo mediante un juego “Todos nos conocemos”. Colocados de pie por toda la clase, se realizara esta actividad, en la cual se observa la facilidad de la transmisión de las ITS y lo cerca que podemos estar de ellas. En ella cada participante cogerá un papel, en el cual se le adjudicara una relación con o sin protección y con qué persona. Al iniciar el juego una persona le habrá tocado el papel con una ITS. Finalmente se descubrirá a través de esas relaciones quién ha sido afectado, en qué situación se ha dado y por qué.

Desarrollamos el tercer objetivo de esta última sesión, “los participantes expresarán estrategias para mantener una sexualidad segura”. Aquí se dividirán en grupos y cada grupo realizara un rol-playing simulando distintas situaciones y el uso de métodos anticonceptivos. Posteriormente se hará una puesta en común y se resolverán dudas.

Para finalizar la sesión se pasara un cuestionario final para evaluar los conocimientos adquiridos en estas sesiones.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

Finalmente se realizará la evaluación del programa, donde se tendrá en cuenta la tasa de abandono (Número de adolescentes que iniciaron la sesión frente al número de adolescentes que finalizaron ambas sesiones).

También se evaluará el número de técnicas realizadas en las sesiones, frente a las que se muestran en el programa inicial.

Respecto a indicadores de resultado, se revisará el cuestionario final, en el cual se valorará el número de preguntas acertadas en este cuestionario según el ámbito al que se refieran (sexualidad, anatomía, ITS, métodos anticonceptivos, relaciones sexuales seguras, etc).

BIBLIOGRAFÍA

1.- OMS. Guías para el tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual. Enfermedades de Transmisión Sexual. Enfermedades sexualmente transmisibles. (2005: Ginebra, Suiza) ISBN 92-435-4626-0.

2.- Resultados de la Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual. Año 2015; Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

3.- Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Neisseria gonorrhoeae con resistencia a las cefalosporinas de espectro extendido. 2 de febrero de 2018, Washington, DC.: OPS/OMS. 2018.

4.- AEPCC. Guía: Infecciones del tracto genital inferior. Coordinador: Fusté P. Autores: Alsina, M., Arencibia, O., Centeno, C., de la Cueva, P., Fuertes, I., Fusté, P., Galiano, S., Sendagorta, E., Serrano, M., Vall, M. Publicaciones AEPCC. 2016; pp: 1-66. ISBN 978-84-617-6554-6. 2016.

5.- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Carlos III. Enfermedades de Declaración Obligatoria. Casos Notificados por Comunidades Autónomas y Tasa por 10000 habitantes. España. 2016.

6.- Guía de Buena Práctica Clínica en ITS. Atención Primaria de Calidad. Organización Colegial de Médicos. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. 2011.

TEMA 23. LA IMPORTANCIA DE LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA.

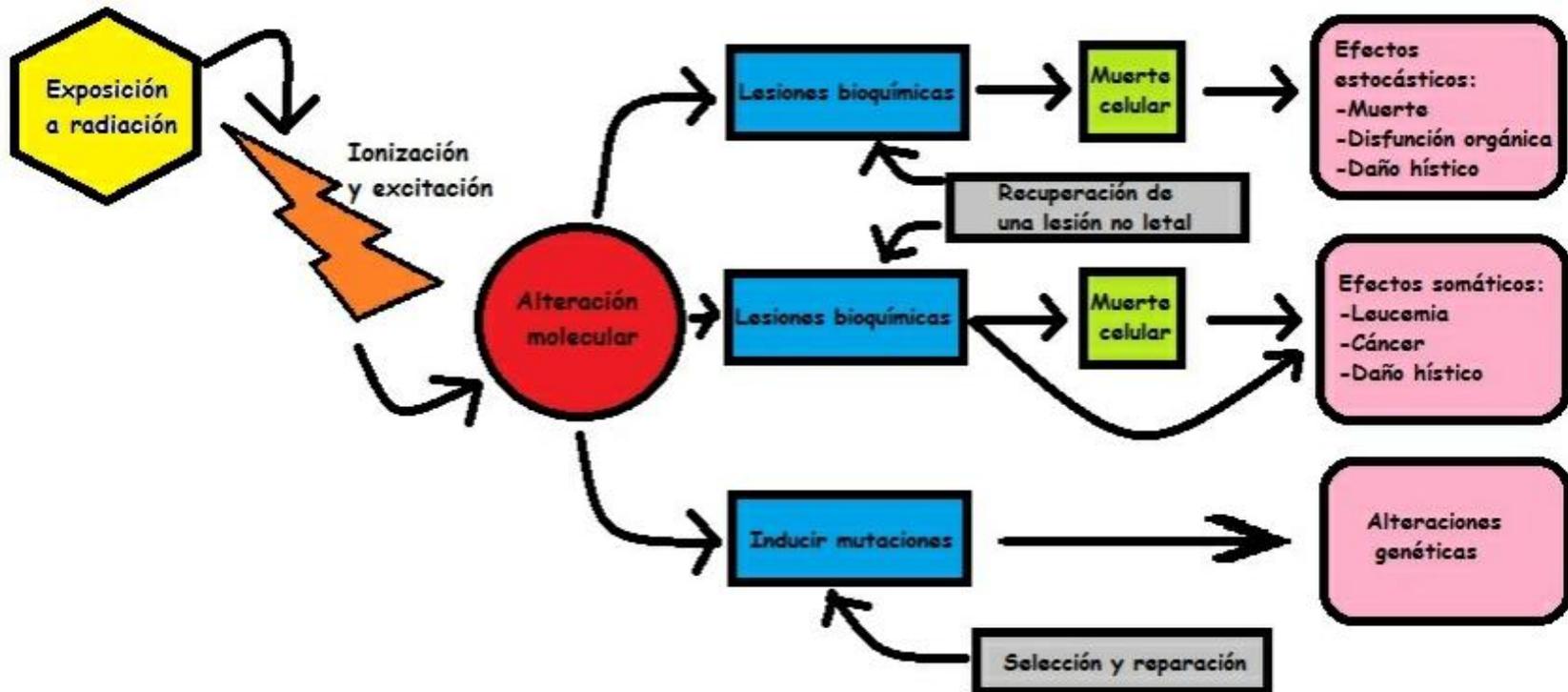
ANA MENÉNDEZ JARDÓN

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. OBJETIVOS
3. PROTECCIÓN RADIOLÓGICA
4. CONSECUENCIAS
5. CONCLUSIONES
6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

La protección radiológica estudia los sucesos que se producen en los tejidos biológicos después de la absorción de energía procedente de las radiaciones ionizantes y los procedimientos para proteger a los seres vivos de sus efectos nocivos.



2. OBJETIVOS

El objetivo es conocer y minimizar los efectos para la salud y para el medio ambiente causados por las radiaciones ionizantes empleadas para conseguir un:

- Diagnóstico seguro
- Tratamiento efectivo
- Con la menor radiación posible (ALARA)

3. PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

Los rayos x ceden su energía a un número pequeño de átomos, que producen electrones libres que vuelan por el espacio interatómico con gran capacidad de ionización.

Los efectos biológicos son siempre lesivos y representan el esfuerzo de los seres vivos para controlar la energía que han absorbido. Ésta es la razón de ser de la protección radiológica.

Los tres principios fundamentales de la protección radiológica son:

- Tiempo: la dosis recibida es directamente proporcional al tiempo de exposición. Atención en fluoroscopia.

3. PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

- Distancia: al alejarse de la fuente de radiación, la intensidad disminuye. La dosis es inversa al cuadrado de la distancia.
 $I_1/I_2=d_2^2/d_1^2$
- Blindaje: la colocación de un protector (plomo) entre la fuente de radiación y la persona expuesta reduce el nivel de exposición (absorbe radiación).

Estos principios básicos nos ayudan a limitar la dosis efectiva que recibimos, estando este límite en:

- para trabajadores: 20mSv/año (promediada a lo largo de periodos definidos de 5 años);
- y para el público: 1 mSv en un año.

4. CONSECUENCIAS

Los desencadenantes de la radiación en los seres vivos producen dos tipos de efectos biológicos:

- Efectos deterministas: su gravedad depende de la dosis de radiación. Necesita una dosis umbral para producirse. No son probabilísticos. Ocurren a altas dosis. Su aparición es inmediata o a corto plazo. Por ejemplo: eritema en la piel.

4. CONSECUENCIAS

- Efectos estocásticos: aparecen cuando la célula sufre una modificación en el ADN. No necesita dosis umbral para producirse. Son aleatorios y graves. Suelen tener lugar tras exposiciones a dosis bajas. Su aparición es a largo plazo. Por ejemplo: afectación de linfocitos.

Gracias a la protección radiológica podemos eliminar la aparición de los efectos deterministas y disminuir en lo posible los estocásticos.

5. CONCLUSIONES

La dosis de radiación puede reducirse fácilmente eliminando las exploraciones innecesarias y repetidas, y asegurando la técnica radiográfica y la posición del paciente adecuadas.

Los técnicos en imagen para el diagnóstico y los radiólogos deben seguir unas recomendaciones para limitar su exposición profesional:

- Radiología portátil: usar delantal plomado, mantenerse a 2 metros de distancia y no dirigir el haz principal hacia sí mismo.
- Fluoroscopia: aumentar la distancia del foco de radiación y usar delantal plomado.
- Radiología general: permanecer detrás de la cabina de control y no dirigir el haz hacia ésta.
- TAC: permanecer detrás de la cabina de control.

6. BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Manual de Radiología para Técnicos. Física, biología y protección radiológica. Editorial Elsevier Mosby. Stewart carlyle Bushong. ISBN 9788480866361
- Posiciones Radiológicas y Correlación Anatómica. Editorial Elsevier Mosby. Kenneth L.Bontrager y John P.Lampignano. ISBN 9788480866736

TEMA 24. LA SALUD SOCIAL.

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN.**
- **DEFINICIÓN.**
- **FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD SOCIAL.**
- **CÓMO MEJORAR LA SALUD SOCIAL.**
- **BIBLIOGRAFÍA.**

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud hace referencia al bienestar físico y psíquico de un individuo. Aunque la idea suele asociarse a la ausencia de enfermedades, la salud trasciende esta cuestión. Social, por su parte, es aquello vinculado con la sociedad (el conjunto de individuos que viven en una región y comparten una misma cultura).

DEFINICIÓN

La noción de salud social está asociada al estado de bienestar que una persona tiene de acuerdo a las condiciones de su entorno. La salud del ser humano, tanto física como mental, siempre depende del contexto socioeconómico. La salud social, por lo tanto, se concentra en las circunstancias que condicionan el bienestar del sujeto. Se trata de aquellos condicionamientos derivados de la distribución de los recursos y del poder, relacionados con las políticas que se desarrollan a nivel local e internacional.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD SOCIAL

La OMS tiene identificados los determinantes sociales de la salud en general, que también incluye la salud social. Estos son:

- Condiciones de empleo.**
- Exclusión social.**
- Programas de salud públicos.**
- Equidad de género.**
- Desarrollo infantil temprano.**
- Globalización.**
- Sistemas de salud.**
- Evaluación de las variables de salud.**
- Urbanización saludable.**

CÓMO MEJORAR LA SALUD SOCIAL

- **Si tenemos en cuenta los factores anteriores, es evidente que gran parte de la responsabilidad de mejorar la salud social recae en los gobiernos y sistemas públicos.**
- **Pero hay muchas cosas que podemos hacer a nivel individual para mejorar la salud social, por ejemplo:**

CÓMO MEJORAR LA SALUD SOCIAL

Dedicar tiempo a nuestra familia y amigos:

- Para tener relaciones personales saludables lo más importante es darnos a nosotros mismos. Eso significa dedicar tiempo a estar con quienes deseamos relacionarnos.**
- Muchas veces por exceso de trabajo, incompatibilidades horarias u otras razones, tiempo es lo que menos tenemos para dar.**
- Nos sustituimos a nosotros mismos por mensajes rápidos de textos o regalos ocasionales, un comportamiento que a la larga lleva a que se afecten nuestras relaciones interpersonales.**

CÓMO MEJORAR LA SALUD SOCIAL

Escoger sabiamente a quién dedicamos nuestro tiempo:

- Ya sabemos que el tiempo es escaso y muy valioso, de ahí que cuando decidimos compartirlo con otras personas, estas deben contribuir a nuestro bienestar.**
- Relaciones tóxicas, que generan estados negativos o que lleven a tomar decisiones evidentemente equivocadas, no contribuyen a mejorar nuestra salud social.**

CÓMO MEJORAR LA SALUD SOCIAL

Estar abiertos a la experiencia y la diversidad:

- Para sentirnos parte de lo que nos rodea es importante estar abiertos a nuevas experiencias y a otras personas.**
- Las sociedades son diversas por naturaleza y aceptar (incluso disfrutar) esa diversidad es una forma de integrarnos y adaptarnos mejor a lo que nos rodea.**
- No hay que imponer barreras culturales, de género ni de raza que nos impidan relacionarnos saludablemente.**

CÓMO MEJORAR LA SALUD SOCIAL

Aprovechar las oportunidades de contribuir en nuestra comunidad:

- Si queremos tener una mejor salud social, entonces podemos comenzar por contribuir a que nuestro entorno sea un lugar más saludable.**
- Identifiquemos las oportunidades que existen de ayudar; desde el voluntariado, por ejemplo, o simplemente formando parte de grupos comunitarios con intereses similares.**
- La salud social, al igual que la salud psíquica y física, está influida por variables que no están bajo nuestro control, pero hay otros factores modificables que responden a nuestro comportamiento. Hacia ellos debemos dirigir nuestros esfuerzos a nivel individual.**

BIBLIOGRAFÍA

- <https://definicion.de/salud-social/>
- <https://www.universidadviu.es/salud-social-definicion-determinantes-y-recomendaciones/>

TEMA 25. TÉCNICA E INDICACIONES DE LA SIALOGRAFÍA.

TATIANA TRILLO FERNÁNDEZ

ÍNDICE

1. DESCRIPCIÓN
2. GLÁNDULA SUBLINGUAL, SUBMAXILAR Y GLÁNDULA PARÓTIDA
3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE
4. ¿CÓMO SE REALIZA EL ESTUDIO?
5. UTILIDAD DE LA PRUEBA
6. BIBLIOGRAFIA

1. DESCRIPCIÓN

Examen radiológico contrastado realizado para el estudio de los conductos salivares y de las estructuras glandulares relacionadas. La sialografía puede realizarse cuando se sospecha de un trastorno en los conductos (parotídeo, submaxilar, submandibular y sublingual) y/o las glándulas salivales.

Examen realizado mediante el uso de equipo de Rayos X que disponga de radioscopia para visualizar las estructuras contrastadas durante el examen. Este examen se realiza para estudio de patología de glándulas salivales y descartar litiasis, lesiones de conductos y patología inflamatoria o tumoral de las glándulas. Se canaliza el conducto principal y se inyecta contraste yodado.

Esta inyección puede producir una leve molestia debido a la distensión del conducto.

Las glándulas salivares son glándulas de secreción externa, que se encuentran situadas en la cara, alrededor de la boca, donde vierten el producto de su secreción (saliva) a través de una serie de conductos.

2. GLÁNDULA SUBLINGUAL, SUBMAXILAR Y GLÁNDULA PARÓTIDA

Glándula sublingual: su secreción es mucosa. Esta formada por pequeñas glándulas, su número es de entre 5 y 20. Están situadas directamente por debajo de la mucosa del suelo de la boca.

Glándula submaxilar: su secreción es mixta (serosa y mucosa). Son dos y se sitúan debajo de los músculos de la boca. El conducto de Wharton es el conducto excretorio propiamente dicho de la glándula submaxilar.

Tiene por función transportar la saliva submaxilar a la cavidad bucal.

Glándula parótida: La Parótida es una glándula salival muy voluminosa situada a ambos lados de la cara.

La atraviesan 3 estructuras importantes: El nervio facial, la vena retromandibular y la arteria carótida

3. PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Ayunas de 4-6 horas
- Es necesario que se enjuague la boca con una solución antiséptica antes del procedimiento.
- Se debe informar al medico si: La paciente esta embarazada o si la persona es alérgica al contraste.

Unos minutos antes de la exploración, se administra al paciente un estimulante de la secreción salival (limón fresco) para abrir los conductos y poder identificarlos fácilmente.

4. ¿CÓMO SE REALIZA EL ESTUDIO?

Se procede a la introducción del catéter o cánula en el conducto y a la inyección del medio de contraste.

Se realizan las siguientes radiografías:

Para la glándula parótida: posición tangencial y lateral

Para la submaxilar: posición lateral e intraoral o axial

Para la sublingual: posición intraoral o axial.

Cuando se termina el estudio y para facilitar al paciente la eliminación del contraste se le administra una rodaja de limón fresco. Pasados 10 minutos se puede realizar una radiografía para comprobar que se eliminó el contraste.

Inicialmente se utilizaban contrastes yodados liposolubles y posteriormente se cambió a contrastes yodados hidrosolubles.

5. UTILIDAD DE LA SIALOGRAFÍA

La sialografía permite detectar alteraciones anatómicas localizadas en los conductos salivares y en sus ramificaciones como quistes, estenosis, fistulas, inflamación, infecciones, cuerpo extraños, traumatismos.

6. BIBLIOGRAFIA

- Eugene de Frank, Bruce W. Long, Barbara J. Smith. Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos. Undécima edición
- Saludemia: Pruebas médicas. Disponible en: <https://www.saludemia.com/-/prueba-sialografia>
- Dra. Ana María Rodríguez C., Marcelo Matus, Dra. Elisa Parraguez L., Dra. Ana María González G. Anu. Soc. Radiol. Oral Máxilo Facial de Chile . 2012; 15: 9 – 14 (Intenet)

Parotiditis crónica inespecífica (PCRI) tratada con medios de contraste yodados y su evaluación mediante sialografías

- Marian Pollán, María José García-Mendizabal, Beatriz Pérez-Gómez, Nuria Aragonés, Virginia Lope. Situación epidemiológica del cáncer de mama en España. *Psicooncología* (Internet) 2007 (citado 30 Mayo 2019). Vol.4, núm. 2-3. Disponible en:
<https://core.ac.uk/download/pdf/38820044.pdf>

**TEMA 26. VACUNA
ANTINEUMOCOCICA EN EL
ADULTO.**

**JENNIFER JIMÉNEZ PÉREZ
MIGUEL SERAS MOZAS**

ÍNDICE

- Streptococcus pneumoniae (neumococo).
- Neumococo: epidemiología.
- Neumococo: patogenia.
- Tipos de vacunas antineumocócicas en el adulto.
- Vacuna antineumocócica: Indicaciones.
- Recomendaciones de vacunación en el adulto.
- Bibliografía.

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE (NEUMOCOCO)

- Cocco Gram positivo, capsulado.
- Forma ovoide o lanceolada.
- Suele agruparse en parejas o cadenas cortas.
- Inmóvil. No forma esporas.
- Anaerobio facultativo.
- 93 serotipos.

NEUMOCOCO: EPIDEMIOLOGÍA

- Ocasiona anualmente alrededor de 1.2 millones de muertes en niños.
- Enfermedad infecciosa prevenible más importante.
- Microorganismo implicado más frecuentemente en la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en los adultos (50%).
- Incidencia NAC en personas > 60 años: 14 casos por cada 1.000 habitantes/año. Incrementada por edad y sexo (doble en varones).
- Tasa mortalidad NAC en España 2003-2007: 0,17 (50-54 años) y de 5,5 (≥ 85 años) muertes por cada 1.000 habitantes.
- Enfermedad neumocócica invasiva (ENI): bacteriemia (asociada o no a neumonía), meningitis, pleuritis, artritis, peritonitis primaria y pericarditis.
- Incidencia global de la ENI: 20-60 casos por 100.000 habitantes y año.
- Primera causa de meningitis en adultos (alrededor del 40 % de las meningitis bacterianas del adulto son de etiología neumocócica).

NEUMOCOCO: PATOGENIA

- Existe principalmente como una bacteria comensal junto con otros microorganismos en el epitelio del tracto respiratorio superior.
- Tras la colonización por uno de los serotipos, persiste durante semanas (adultos) o meses (niños), por lo general sin ningún tipo de consecuencias adversas. Este estado de portador mantiene al germen dentro de la población e induce una cierta inmunidad mediada por células B a la reinfección.
- El polisacárido capsular es el principal factor de virulencia del neumococo. La cápsula es crucial durante la colonización, la invasión y la diseminación desde el tracto respiratorio.
- Se piensa que el periodo de contagio dura hasta que las secreciones de la boca y la nariz ya no contienen un número considerable de neumococos, lo cual suele ocurrir en las 24 horas que siguen a la instauración de un tratamiento antibiótico eficaz.

TIPOS DE VACUNAS ANTINEUMOCOCICAS EN EL ADULTO

- Vacuna polisacárida de 23 serotipos (PPV23).
- Vacuna conjugada 13-valente (PCV13).

VACUNA POLISACARIDA DE 23 SEROTIPOS (PPV23)

- Polisacárido capsular purificado de los serotipos incluidos.
- Disponible en España desde 1999.
- Inmunidad limitada (T-independiente).
- Poco inmunógenas en niños < 2 años e inmunodeprimidos.
- Escasa inmunidad de mucosa (no afectan al estado de portador).
- No generan memoria inmunológica (la respuesta tras la revacunación es más baja que tras la vacunación inicial y las revacunaciones sucesivas pueden inducir tolerancia inmunológica a los antígenos de la vacuna).
- Tampoco ha demostrado efecto en la modificación de cepas resistentes a antibióticos.

VACUNA CONJUGADA 13-VALENTE (PCV13)

- Cada uno de los polisacáridos unido a una proteína transportadora.
- Respuesta inmune T-dependiente.
- Disponible desde 2010 para niños y Mayo 2013 para > 18 años.
- Muy inmunógena en niños y adultos.
- Induce una buena inmunidad de mucosa y reduce la proporción de portadores nasofaríngeos.
- Induce memoria inmunológica y hay una respuesta reforzada tras la revacunación.
- Disminuye la enfermedad causada por *S. pneumoniae* resistente a los antibióticos.

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA: INDICACIONES

- Niños prematuros de <32 semanas de gestación o <1700 g de peso al nacimiento.
- Personas con inmunodeficiencias, inmunosupresión o candidatos a inmunosupresión, incluyendo:
 - Inmunodeficiencias primarias o congénitas: déficits de inmunidad humoral (agammaglobulinemias e hipogammaglobulinemias), deficiencias de linfocitos B, de linfocitos T, déficits del complemento y trastornos de la fagocitosis.
 - Infección por VIH, sintomática o asintomática.
 - Insuficiencia renal crónica (estadio 4-5 y estadio 3 con riesgo aumentado), síndrome nefrótico, personas en diálisis y prediálisis.
 - Leucemia, linfoma, mieloma múltiple.
 - Tratamiento con fármacos inmunosupresores, quimioterápicos, corticoides sistémicos a dosis altas o biológicos.
 - Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos.

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA: INDICACIONES

- Antecedente de enfermedad neumocócica invasiva.
- Pérdidas de líquido cefalorraquídeo por fístulas, traumatismo o cirugía.
- Personas con implante coclear o que vayan a recibir uno.
- Personas con asplenia anatómica o funcional, o con disfunción esplénica, incluyendo:
 - Asplenia congénita o de causa vascular.
 - Esplenectomía realizada o programada.
 - Drepanocitosis (anemia falciforme), talasemia y otras hemoglobinopatías.
 - Enfermedad celiaca en adultos o no adecuadamente controlada.

VACUNA ANTINEUMOCÓCICA: INDICACIONES

- Sujetos inmunocompetentes con enfermedades crónicas o factores de riesgo:
 - Enfermedad pulmonar crónica: EPOC, asma grave, EPID.
 - Enfermedad hepática crónica: cirrosis, atresia biliar y hepatitis crónica.
 - Enfermedad cardiovascular crónica: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca crónica, valvulopatías, cardiopatías congénitas y ACV; no se incluye la hipertensión sin complicaciones.
 - Diabetes que requiera tratamiento con insulina o antidiabéticos orales.
 - Tabaquismo.
 - Alcoholismo crónico.
- Indicación epidemiológica: internos en residencias de larga estancia.

RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN EN EL ADULTO

	NO VACUNADOS PREVIAMENTE	PREVIAMENTE VACUNADOS CON PPV23
Inmunodeprimidos	PCV13: 1 dosis + PPV23: 1 dosis (intervalo > 2 meses)	PCV13: 1 dosis (intervalo entre PPV23 y PCV13 ≥ 1 año) Revacunación con PPV23 si ≥ 5 años de la 1ª dosis (intervalo > 2 meses tras PCV13)
Enfermedad neumocócica invasiva		
Fístula LCR		
Implantes cocleares		
Asplenia anatómica o funcional		
Inmunocompetentes con otras patologías de base o factores de riesgo	PCV13: 1 dosis	PCV13: 1 dosis (intervalo entre PPV23 y PCV13 ≥ 1 año)

BIBLIOGRAFÍA

- Van der Poll T, Opal SM. Pathogenesis, treatment, and prevention of pneumococcal pneumonia. Lancet. 2009; 374:1543–56.
- Dirección general de salud pública. Calendario de Vacunaciones del Adulto y en situaciones especiales. Programa de vacunaciones de Asturias. Disponible en: <https://www.astursalud.es/en/noticias/-/noticias/nuevo-calendario-de-vacunaciones-del-adulto-y-en-situaciones-especiales-para-asturias-2014>
- F. González-Romo, et al. Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base. Actualización 2017. Revista Española de Quimioterapia Advance Access published February 15, 2017.

**TEMA 27. ALIMENTOS
MODIFICADOS
GENETICAMENTE
ETIQUETADO.
TRAZABILIDAD.**

**MARIA JOSÉ LIÉBANA LIÉBANA
LAURA RUBIO LIÉBANA
MARIA JOSÉ RUBIO LIÉBANA**

INDICE

- ¿Qué son los Organismos Modificados Genéticamente?
- ¿Qué son los Alimentos Modificados Genéticamente?
- ¿ Son seguros los OMG?
- ¿ Como puedo saber si un producto contiene OMG?
- ¿Cómo se autoriza la comercialización de OMG ?
- Etiquetado
- Trazabilidad
- Alimentos Modificados Genéticamente autorizados en la Unión Europea.

¿QUE SON LOS ORGANISMOS MODIFICADOS GENETICAMENTE?

Organismo modificado genéticamente (OMG) es el organismo, con excepción de los seres humanos, cuyo material genético haya sido modificado de una manera que no se produce naturalmente en el apareamiento ni en la recombinación natural.

Un organismo modificado genéticamente se obtiene mediante técnicas que permiten la inclusión en un organismo de material genético procedente de una especie diferente, lo que no se podría conseguir de modo natural (por ejemplo, un gen de una bacteria en una planta). Además, las técnicas de modificación genética permiten la inclusión de una característica concreta de manera dirigida en una especie determinada, a diferencia de las técnicas de mejora genética clásica, que se basan en la generación de una gran variabilidad genética para a continuación seleccionar el organismo que contiene la característica deseada, frecuentemente junto a otras características que no eran objeto de la mejora

¿QUE SON LOS ALIMENTOS MODIFICADOS GENETICAMENTE?

Alimentos Modificados Genéticamente son aquellos que contienen o están compuestos por OMG o han sido producidos a partir de ellos.

El concepto legal de “Alimento Modificado Genéticamente se define en el artículo 2 del Reglamento 1829/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo sobre alimentos y piensos modificados genéticamente.

OMG destinado a la alimentación humana, es aquel OMG que puede utilizarse como alimento o como material de partida, para la producción de alimentos.

¿SON SEGUROS LOS PRODUCTOS QUE CONTIENEN OMG ?

Todos los alimentos cuya comercialización se inicia en la Unión Europea son sometidos a evaluaciones que garanticen que su consumo es seguro. También los alimentos modificados genéticamente están sujetos a una evaluación de seguridad alimentaria antes de ser comercializados.

¿COMO PUEDO SABER SI EL PRODUCTO QUE VOY A COMPRAR CONTIENE OMG?

La legislación europea obliga a que se etiqueten todos aquellos alimentos que contengan o estén compuestos de OMG, para facilitar la libre elección del consumidor.

En los productos ofrecidos al consumidor final, debe constar “ Este producto contiene organismos modificados genéticamente” o “Este producto contiene (nombre del o de los organismos modificados genéticamente”.

¿CUAL ES EL PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIÓN PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE ALIMENTOS MODIFICADOS GENETICAMENTE?

Todos los alimentos cuya comercialización se inicia en la Unión Europea son sometidos a evaluaciones que garanticen que su consumo es seguro.

Los Alimentos Modificados Genéticamente se someten a una evaluación caso a caso antes de autorizarse su comercialización en Europa.

Por un lado, como alimentos, debe garantizarse que:

- No tienen efectos negativos sobre la salud humana
- No inducen a error al consumidor
- No se diferencian de los alimentos que están destinados a sustituir de tal manera que su consumo normal resulte desventajoso desde el punto de vista nutricional para los consumidores.

Estas condiciones son comunes a todo tipo de alimentos cuya comercialización se quiera iniciar en la Unión Europea. Por otro lado, como organismos modificados genéticamente, deben ser sometidos a la evaluación de los requisitos de seguridad alimentaria.

ETIQUETADO

Ambito de aplicación

Se aplica a los alimentos que vayan a suministrarse como tales al consumidor final o a las colectividades (Restaurantes, hospitales...) y que sea un alimento modificado genéticamente, o él o sus ingredientes contengan o estén producidos a partir de organismos modificados genéticamente.

No aplica el etiquetado a los alimentos que contengan material que, a su vez, contenga o este compuesto por organismos modificados genéticamente o haya sido producido a partir de organismos, siempre que el contenido de ese material no supere el 0,9% de los ingredientes del alimento considerados individualmente o de los alimentos consistentes en un solo ingrediente, y a condición de que la presencia sea accidental o técnicamente inevitable.

Para determinar que la presencia de esa materia es accidental o técnicamente inevitable, los operadores deberán proporcionar pruebas a las autoridades competentes que les demuestren de manera satisfactoria que han adoptado las medidas apropiadas para evitar la presencia de dicho material.

Requisitos.

1- Cumplirán la normativa general de etiquetado de los productos alimenticios y los requisitos específicos siguientes:

-Si el alimento está compuesto por mas de un ingrediente, en la lista de ingredientes figurará entre paréntesis, inmediatamente después del ingrediente en cuestión “modificado genéticamente”o “Producido a partir de (modificado geneticamente)

-Si el ingrediente viene designado por el nombre de una categoría, en la lista de ingredientes figurará “Contiene (nombre del organismo) modificado genéticamente” o “contiene (nombre del ingrediente) producido a partir de (nombre del organismo) modificado geneticamente.

- A falta de lista de ingredientes, en el etiquetado figurara claramente el texto “modificado genéticamente” o “producto a partir de (nombre del organismo) modificado genéticamente”

TRAZABILIDAD

La trazabilidad es la capacidad de seguir el rastro de los OMG y los productos producidos a partir de OMG, a lo largo de la cadena alimentaria. Es el operador el responsable de transmitir toda la información relativa a la presencia y naturaleza del OMG, hasta el consumidor final.

En la primera fase de la comercialización de un producto que contiene o está compuesto por OMG, incluso si se comercializa a granel, los operadores velarán por que se transmita por escrito al operador que perciba el producto la siguiente información:

- La mención de que el producto contiene o está compuesto por OMG
- El identificador o identificadores únicos asignados a dichos OMG

En todas las fases posteriores de la comercialización de los productos anteriores, los operadores velarán por que se transmita por escrito a los operadores que perciban los productos la información que haya recibido.

En el caso de productos compuestos por mezclas de OMG o las contengan, destinados a utilizarse única y directamente como alimentos y piensos, o a ser procesados, la información del apartado anterior podrá sustituirse por una declaración del uso del operador, junto con una lista de los identificadores únicos de todos los OMG que hayan sido utilizados para construir la mezcla.

Los operadores dispondrán de sistemas y procedimientos estandarizados que les permita conservar la información especificada anteriormente, durante los 5 años posteriores a cada transacción, de que operador proceden y a que operador han sido suministrados

ALIMENTOS MODIFICADOS GENETICAMENTE AUTORIZADOS EN LA UE

Los alimentos modificados genéticamente fueron regulados y aprobados bajo el Reglamento CE 258/1997, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de enero de 1997 sobre nuevos alimentos y nuevos ingredientes alimentarios y , posteriormente a esa fecha, bajo el Reglamento CE 1829/2003, son:

- Algodón
- Maiz
- Colza
- Soja
- Remolacha azucarera
- Patata

BIBLIOGRAFIA

- Reglamento CE 1829/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo de 22 de septiembre de 2003 sobre piensos y alimentos modificados genéticamente
- Reglamento CE 1830/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo de 22 de septiembre de 2003 relativo a trazabilidad y etiquetado
- AECOSAN- Agencia Española de Consumo Seguridad Alimentaria y Nutrición

**TEMA 28. ¿SATISFACE LA
ENFERMERÍA DOMICILIARIA LAS
NECESIDADES DE LOS CUIDADORES
DE PACIENTES DEPENDIENTES?
UNA PROPUESTA PARA LA
INVESTIGACIÓN.**

**CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ
MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA
MÓNICA DACUÑA LÓPEZ
ALMUDENA PANIZO LÓPEZ**

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS
DESARROLLO DE LA PROPUESTA

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

En los últimos años se ha visto un incremento del número de pacientes dependientes o terminales que reciben cuidados en su domicilio[1][2].

Esta propuesta de investigación surge para examinar cómo el impacto causado por cuidar a un familiar se mejora o alivia por medio de las interacciones o relaciones con la enfermera comunitaria.

Tras una revisión bibliográfica inicial, y teniendo en cuenta la definición de investigación cualitativa de Liehr and Marcus[3], la pregunta propuesta nos dirige claramente hacia una investigación fenomenológica ya que explora las necesidades del cuidador y el apoyo prestado por la enfermería domiciliaria, basándose en la experiencia y en un ambiente natural.

La pregunta propuesta contribuye a mejorar el conocimiento enfermero y los servicios de enfermería ofertados al hallar diferencias entre lo que la enfermera percibe que el cuidador necesita y lo que el cuidador piensa que necesita.

Se cumplen por tanto los requisitos que toda pregunta de investigación debe cumplir: significativa, investigable y factible[4],[5],[6].

Los **objetivos** de este estudio son identificar las necesidades emocionales, físicas y de información del cuidador y si éstas son abordadas por la enfermería. Para facilitar la labor del investigador y asegurarse que todos estos objetivos se consiguen se podrá dividir la pregunta principal en otras cuestiones: ¿qué necesidades identifican los cuidadores?, ¿y enfermería?, ¿difieren las necesidades de ambos?, ¿en que sentido se han sentido apoyados los cuidadores?, ¿sienten las enfermeras que han apoyado a los cuidadores?

DESARROLLO DE LA PROPUESTA

Población y muestra: La población objeto de estudio sería toda la población de un *área sanitaria*. La muestra se obtendría mediante un *muestreo probabilístico en conglomerados bietápico* (pacientes incluidos en el programa del anciano/terminal y una vez seleccionados cumplan los criterios requeridos por el investigador). Se identificarían 25 *parejas cuidador /enfermera* que reciban atención de enfermería domiciliaria.[7]

Acceso a los datos: Acceso a la *historia clínica* previa autorización del gerente del área.

Recogida de datos: Técnica de *entrevista semiestructurada* con el mismo formato a los 50 participantes del estudio por separado.[7]

Consideraciones éticas: Informe Belmont[8]: *Respeto a la persona*: opción de participar o no. *Beneficiencia*:evitar el daño(estrés psicológico). *Justicia*: confidencialidad

Análisis de datos: Mediante *paquete informático NVivo* o Atlas Ti.

Validación de datos: *Fiabilidad* puede ser aumentada por el uso de soporte informático pero también ensombrecida por las diferentes opiniones mostradas según el momento en que se conduce la única entrevista. *Validez externa:* recogida de datos en ambiente natural, y muestreo probabilístico la aumentan. *Triangulación:* enfoque cuidador/enfermera[7]

Limitaciones de la propuesta: *Acceso a la información* (consentimiento/ley de protección de datos). *Tamaño de la muestra* generado a través de soporte informático de atención primaria (puede obviar aquellos cuidadores informales de pacientes no incluidos en programas)

Áreas de investigación futuras: ¿Pueden los cuidadores informales beneficiarse de intervenciones enfermeras grupales o individuales aún cuando el paciente dependiente o terminal no requiera una intervención de enfermería?.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Rogero J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública. 2009;83: 393-405
- [2] Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de discapacidad, Autonomía Personal y Situación de Dependencia [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2008 [citado 28 Mayo 2019] Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=&c=INECifrasINE_C&cid=1259924962561&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- [3] Liehr P.R. , Marcus M.T. Qualitative approaches to research. En Lobiondo-Wood G, & Haber J . Nursing research; methods, critical appraisal and utilisation. 3ed. London: Mosby; 1994
- [4] Polit D.F. , Hungler P. Essentials of nursing research; methods, appraisal and utilisation. Philadelphia: Lippincott company; 1993

- [5]Haber J. Research problems and hypotheses. En Lobiondo-Wood G, Haber J. Nursing research; methods, critical appraisal and utilisation. 3ed. London: Mosby; 1994
- [6]Clifford C. & Gough S. Nursing research; a skills-based introduction, Hertfordshire. Prentice Hall International (UK) Ltd; 1990
- [7]Lobiondo-Wood G, Haber J. Nursing research; methods and critical appraisal for evidence based practice. 9ed. St Louis(Missouri): Elsevier; 2018.
- [8]AAVV. “Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación”. DHEW Publication No. (OS) 78-0012, 1978.

TEMA 29. MALTRATO Y TERCERA EDAD, UN RETO DE LA SANIDAD ACTUAL.

MARÍA NATIVIDAD IZQUIERDO FERNÁNDEZ

MAITE VALENCIA LARRAONA

**MAIDER MARTÍNEZ DE CAMPAÑON MARTÍNEZ
DE MARIGORTA**

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN

2.- OBJETIVOS

3.- METODOLOGÍA

4.- DESARROLLO

4.1- DEFINICIÓN MALTRATO

4.2-TIPOS DE MALTRATO

4.3- INDICADORES DEL MALTRATO

4.4- FACTORES DE RIESGO

4.5- CAUSAS DEL MALTRATO

4.6- PERFIL DEL MALTRATADOR

4.7- DIFERENCIAS ENTRE MALTRATO DOMÉSTICO Y EL INSITUCIONAL

4.8- VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA TERCERA EDAD

4.9- PREVENCIÓN

5.- BIBLIOGRAFÍA

1.- INTRODUCCIÓN

El maltrato en las personas de edad avanzada es un gran problema de salud pública y de ámbito social.

Existen muy pocos estudios sobre ello, ya que se registran muchos menos casos de lo que en realidad ocurren (1 de cada 24 casos); es por esto, que los datos que se obtienen de esos estudios probablemente no sean del todo ciertos.

En los países desarrollados se estima que 1 de cada 10 ancianos sufren maltrato, bien sea físico, sexual, psicológico, económico...

Una de las razones por las que se cree que los ancianos no sacan a la luz este problema es por el miedo que tienen a la hora de informar a sus amigos, familiares, cuidadores formales, o incluso a las autoridades.

Otra de las razones por las que se cree que hasta hace muy poco no se había afrontado el tema del maltrato en los ancianos es debido al déficit de información por parte de la sociedad en general y de los profesionales sanitarios.

El maltrato provoca la ausencia del derecho y la dignidad de la persona que lo sufre.

El maltrato se da, cuando tanto el maltratador como el maltratado se encuentran en una situación en la que la persona maltratada se ve en desventaja e inferioridad por sus limitaciones respecto al maltratador.

Cualquier persona anciana está expuesta a ser víctima del maltrato, pero casi siempre las personas que suelen sufrirlo suelen ser ancianos dependientes, es decir, que dependen de terceros para poder realizar las actividades de la vida diaria.

La existencia del maltrato en un anciano supone tener efectos negativos y lesivos a largo plazo.

Durante 13 años se realizó un estudio de seguimiento sobre el maltrato en los ancianos, en el que se llegó a la conclusión de que las víctimas de maltrato tenían una probabilidad de muerte dos veces mayor a los ancianos que no sufrían dichos maltratos.

Prácticamente todas las heridas físicas se terminan curando, mientras que los diferentes tipos de maltratos que existen, pueden provocar en la persona maltratada sentimientos de temor y depresión. Se dan muchos casos donde la persona maltratada cree que el maltrato que ha sufrido es por su culpa.

En cuanto a las estrategias de las que se dispone para hacer frente a este importante problema de salud pública y social, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU), han presentado un Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento.

Los asuntos más trascendentales de este plan ponen en manifiesto lo siguiente: “Las personas deben recibir un trato justo, independiente de la existencia de discapacidad u otras circunstancias, y ser valoradas independientemente de su contribución económica”.

En 2017 sale a la luz una noticia sobre la creación de una ley contra el maltrato en las personas mayores en la que trabajarán juntos el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) y el resto de entidades de este sector.

Esta noticia la dieron a conocer en las jornadas de “Todos contra el abuso y maltrato: dignidad y excelencia en el trato a las personas mayores y a los mayores con discapacidad”.

Aunque no existe una ley específica del maltrato en los ancianos, hay una ley publicada que está relacionada con el maltrato en dicho colectivo:

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (revisada: Ley Orgánica 20/2003, de 23 de diciembre). En ella, aparecen descritos varios artículos en los que se abordan los delitos cometidos por faltas, agresiones, apropiación indebida de bienes y patrimonio etc. (art. 147, art.148, art.153, art.169, art.172, art.173, art.178, art.180, art. 226, art. 229, art.134, art. 619)

2.- OBJETIVOS

- Los objetivos prioritarios son **CONCIENCIAR** de la importancia del maltrato en ancianos
- Realizar un **ABORDAJE COORDINADO** multidisciplinar
- **IDENTIFICAR** de forma **PRECOZ** al anciano maltratado, para poner en marcha los mecanismos de protección al mayor.

3.- METODOLOGÍA

- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA EN LAS PRINCIPALES BASES DE DATOSa (Scielo. Medline. Sirius. Dialent. ScienceDirect.)
- Por otro lado, la búsqueda bibliográfica se ha realizado con el filtro del idioma seleccionando así artículos en español e inglés.
- Lectura de documentos con fuerte recomendación basada en evidencia científica.

4.- DESARROLLO

4.1- DEFINICIÓN MALTRATO

4.2-TIPOS DE MALTRATO

4.3- INDICADORES DEL MALTRATO

4.4- FACTORES DE RIESGO

4.5- CAUSAS DEL MALTRATO

4.6- PERFIL DEL MALTRATADOR

**4.7-DIFERENCIAS ENTRE MALTRATO DOMÉSTICO Y
EL INSITITUCIONAL**

4.8- VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA TERCERA EDAD

4.9- PREVENCIÓN

4.1- DEFINICIÓN DE MALTRATO

Hasta 1990 nunca se había hablado en España sobre el maltrato en las personas mayores, y fue en Toledo donde tuvo lugar esa primera vez.

Entre los años 2003-2006 todas las comunidades tienen el propósito de concienciar sobre el maltrato en las personas de la tercera edad mediante planes, protocolos o guías de actuación.

OMS define el maltrato de los ancianos como “un acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona de edad, o a la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza”.

Si analizamos el concepto que la OMS publicó sobre el maltrato en los ancianos, podemos comentar tres puntos imprescindibles a la hora de poder distinguir entre el maltrato en la persona adulta con otros diferentes tipos de maltrato que existen:

- La presencia de una relación entre la persona maltratada y el maltratador; se puede considerar una de los requisitos más importantes para así poder acotar el maltrato.
- El maltrato tiene que generar un riesgo o un daño hacia la víctima pudiendo así diferenciar los distintos tipos de maltrato que existen; se puede considerar algo requerido pero insuficiente.
- Por último, la importancia de saber la intención de realizar dicho acto la persona maltratadora; se puede considerar que a veces no es necesaria pero sí que es suficiente.

Otros autores definen el maltrato en los ancianos según el modelo ecológico; dicho modelo explora la posible correlación que puede haber entre los factores individuales y contextuales, estimando así la violencia como el resultado de la influencia a partir del comportamiento.

Cabe destacar que en el día a día, no se estudian por separado los distintos ámbitos, si no que se estudian de una forma integral ya que muchas veces pueden interactuar y mezclarse entre ellos.

- Respecto al ámbito individual: este ámbito busca detectar los factores biológicos y el historial individual que puedan intervenir en el comportamiento del anciano. Dentro de este ámbito se encuentran por ejemplo la impulsividad, el déficit educativo, el consumo de sustancias, haber sufrido o provocado comportamientos agresivos... (13)
- Respecto al ámbito de las relaciones: este ámbito se centra en la forma en que las personas se relacionan, provocando así un aumento o disminución de la probabilidad de ser el causante de los actos agresivos o violentos, o la víctima.

- Respecto al ámbito de la comunidad: este ámbito estudia el lugar donde se dan las relaciones sociales, como por ejemplo en la escuela, en el trabajo... intentando explorar la particularidad de estos lugares que pueden estar ligados a convertirse en maltratador o en víctima.
- Respecto al ámbito social: este ámbito estudia la parte social de una forma más integral para así poder detectar la cantidad de actos violentos que pueden haber. Por ejemplo, podemos encontrar las políticas sociales de sanidad, educación y economía en las que sigue existiendo una clara desigualdad en las diferentes categorías sociales.

4.2- TIPOS DE MALTRATO

1.- MALTRATO FÍSICO:

Se considera cualquier tipo de agresión física, intencionada o no, produciéndole al anciano daños, incluso en muchos casos provocándole hasta la muerte. Se puede producir a través de la imposición de una fuerza física mayor que la del anciano provocándole así dolor, deterioro psicológico, físico...

Las formas en las que se puede realizar este tipo de maltrato son múltiples, por ejemplo mediante empujones, golpes, apretones, alimentación forzada, movimientos no favorables, bofeteos, pellizcos, empujones, uso inapropiado de fármacos, castigos etc.

Se puede decir que este tipo de maltrato es el que socialmente más puede llamar la atención aunque no sea el más frecuente.

2.- MALTRATO PSICOLÓGICO:

Se habla de este tipo de maltrato cuando existen verbalizaciones de forma intencionada y repetida que van en contra de la dignidad del anciano provocándole así angustia, dolor, miedo... a su vez provocándoles también dificultades sociales, emocionales y cognitivas.

Existen casos en los que también se da el maltrato psicológico pero de forma no verbal.

Las formas en las que se puede realizar este tipo de maltrato pueden ser mediante insultos, gritos, comentarios o acciones aterradoras, aislamientos, imposiciones, amenazas, humillaciones, ignoraciones, menosprecios, coacciones, infravaloraciones, conductas de grandeza hacia el anciano, etc.

Existen estudios que confirman que este tipo de maltrato es el más común seguido del físico.

El maltrato psicológico es de los más difíciles de detectar debido a su subjetividad de los síntomas, por ello algunos investigadores dicen que este tipo de maltrato hay que estudiarlo de una forma integral porque existen múltiples maneras de manifestarlo.

Hay estudios que empiezan a considerar como posibles razones de inicio del maltrato, la pérdida del valor social que se les empieza a dar a las personas mayores y el edadismo (estándares negativos que se afilia a la vejez).

Se consideran que son un tipo de maltrato porque son formas de discriminación hacia las personas que va cumpliendo años.

3.- ABUSO SEXUAL:

Se habla de abuso sexual cuando existen conductas intencionadas de índole sexual hacia personas ancianas que no dan su consentimiento o que no se encuentran en condiciones como para dar su consentimiento.

Cuando hablamos de este tipo de maltrato entran dentro de él, el acoso sexual, las violaciones, la realización de fotografías, tocamientos, desnudez forzada, etc.

4.- ABUSO ECONÓMICO, FINANCIERO O MATERIAL:

Se considera cuando una persona de forma incorrecta utiliza los recursos económicos o propiedades o bienes o incluso fondos de la persona mayor sin el consentimiento de él y además con el objetivo de que la persona que realiza el maltrato se beneficie de ellos.

Algunos de los ejemplos pueden ser la obligación de firmar documentación, manejo libre del dinero del anciano, exigirle dinero, falsificaciones de firmas, cobro de cheques sin autorización, etc.

5.- ABANDONO:

Se habla de abandono cuando la persona que lo realiza es el cuidador informal y no el formal.

El abandono puede ser activo y pasivo. Se habla del abandono activo cuando el cuidador informal se niega a realizarle o a ayudarle en las necesidades básicas diarias o incluso imposibilitándole la satisfacción de las mismas.

Hablamos de abandono pasivo cuando el maltratador por un descuido no le satisface las necesidades básicas del anciano pudiendo ser por la ausencia de cualificación, habilidades, tiempo... algunos de los ejemplos pueden ser la falta de existencia de alimentos, la falta de higiene personal y doméstica, la falta de medicaciones por no acudir a recogerlas a la farmacia, etc.

Este tipo de maltrato es más común que se dé durante épocas donde el cuidador se encuentra en un intervalo vacacional.

6.- NEGLIGENCIA:

Se considera cuando lo realiza el cuidador formal, estando formado teóricamente y teniendo así los conocimientos suficientes para saber que debe realizar pero no cumple sus responsabilidades y obligaciones.

No atienden a las necesidades básicas del anciano (alimentación, higiene, mediación...)

Algunas de las acciones que podríamos incluir dentro de este tipo de maltrato sería por ejemplo el hecho de no cambiarles el pañal, no realizar el aseo corporal, no realizar cambios posturales, etc.

La negligencia puede diferenciarse en activa o en pasiva.

Cuando hablamos de negligencia activa, nos referimos a todas las acciones realizadas de forma intencionada; por otro lado, se habla de negligencia pasiva cuando cualquier acción se realiza de forma involuntaria debido a los bajos conocimientos y habilidades que puede requerir la tarea que se esté realizando en ese momento.

Autonegligencia:

Se da cuando la propia persona anciana es quien se pone en peligro a sí mismo. Suele darse cuando el anciano vive solo, sufre de un deterioro cognitivo grave, etc.

La persona no cubre sus propias necesidades básicas como la alimentación, higiene, mediación...

Existen profesionales que dicen que este tipo de maltrato suele darse en personas que no tienen un apoyo familiar adecuado e incluso en muchos casos suelen sufrir demencia.

7.- INFANTILIZACIÓN:

Este tipo de maltrato se da cuando una persona trata al anciano como si fuese un niño pequeño, irresponsable en el que no se puede confiar.

Se considera cuando se le habla de la misma forma que se les habla a los niños.

Generalmente, quien comete este maltrato no es consciente del daño que puede provocar.

8.- DESPERSONALIZACIÓN:

Se entiende como despersonalización cuando de forma general se le da al anciano atención pero sin abordar las necesidades específicas que él precisa.

9.- DESHUMANIZACIÓN:

Se considera cuando se le ignora totalmente al anciano, quitándole así su propia intimidad y negándole la capacidad de ser responsable en la medida que el anciano pueda asumirlo.

10.- ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO:

Este tipo de maltrato se da cuando se realiza algún procedimiento diagnóstico de forma dolorosa cuando se podría haber evitado. También se considera ensañamiento terapéutico cuando siguen manteniendo un tratamiento que actúa de forma negativa en la calidad de vida del anciano pero con el que consiguen alargar la vida.

11.- MALTRATO FARMACOLÓGICO:

Se da cuando existe un empleo abundante de fármacos en un momento en el que no es necesario. También se considera maltrato farmacológico cuando se niega la administración de un medicamento como por ejemplo los calmantes.

12.- RESTRICCIÓN O SUJECCIÓN FÍSICA:

Se realiza cuando existe un posible daño al propio paciente, a terceras personas o incluso al entorno físico en el que se encuentra.

Muchas veces se realizan sujeciones físicas de manera innecesaria, por eso es muy importante garantizar que su uso se realiza de forma excepcional y cuando la situación lo refiere. También es importante comentar que el tiempo de la sujeción debe ser lo más breve posible.

Queda excluida cualquier contención mecánica cuando se realiza de forma de castigo, por la demostración de superioridad respecto al anciano, por comodidad, etc.

13.- MALTRATO SOCIAL:

Se considera cuando existe una marginación del anciano en el ámbito social.

Algunos ejemplos pueden ser, en caso de que alguien le llame por teléfono no decírselo, no acompañar al anciano al club de jubilados en caso de que el anciano no pueda ir sólo, etc.

14.- VIOLACIÓN DE DERECHOS:

Dentro de este tipo de maltrato podemos encontrar situaciones muy diferentes como por ejemplo la limitación de la información diaria de la prensa, radio, televisión, etc. Esto les provoca de forma progresiva un aislamiento total del mundo.

Otro de los ejemplos puede ser la falta de libertad a la hora de decidir que ropa se va a poner hoy, o que quiere comer... También puede darse este tipo de maltrato en el tema de sanidad, es decir, que el profesional sanitario no le de toda la información sobre su estado de salud o que no cuente con su consentimiento para realizar algunas acciones.

Tipo de maltrato	Consecuencias
Físico	Hematomas, fracturas, quemaduras, abrasiones, arañazos, heridas por ataduras, luxaciones.
Psicológico	Pérdida de apetito, miedo, trastornos del sueño, confusión, ansiedad, Depresión, pseudodemencias, ideas suicidas, aislamiento social, emocionalmente disgustado o agitado.
Negligencia	Reagudización de enfermedades, úlceras por presión, hipotermia, hipertermia, falta de higiene corporal, malnutrición, deshidratación. Deterioro del nivel de vida, falta de servicios, incapacidad para pagar facturas, falsificación de firmas, cambios en los patrones de gastos, desahucio.
Sexual	Enfermedades de transmisión sexual, traumas en pechos, genitales, boca o zona anal, hemorragias vaginales.

4.3- INDICADORES DE MALTRATO

Maltrato físico:

- Quejas por agresiones físicas.
- Lesiones, heridas, hematomas, arañazos, quemaduras...
- Atenciones sanitarias por caídas y/o lesiones sin explicaciones.
- Fracturas.
- Hematomas y/o heridas en partes ocultas del cuerpo.
- Desnutrición y deshidratación.
- Mala gestión y administración de la medicación.
- Ausencia de higiene.
- Cambios de profesionales sanitarios.

Maltrato psicológico:

- Alteraciones en la alimentación.
- Dificultades a la hora de conciliar el sueño.
- Sentimientos de confusión, temor...
- Aislamiento, pasividad...
- Autoestima baja.
- Ansiedad, depresión, desesperanza...
- Crónicas o descripciones contradictorias y/o incoherentes.
- Actitud negativa a la hora de hablar de forma abierta.
- Evitación de temas.
- Cambios de carácter dependiendo del tema que estemos tratando y de las personas que estén saliendo en la conversación.

Maltrato sexual:

- Quejas de agresión sexual.
- Cambios en la conducta en comparación a como era antes: agresivo/a, tímido/a...
- Dolores y/o hemorragias vaginales o anales sin explicación médica alguna.
- Infecciones urinarias frecuentes.
- Hematomas en las zonas genitales o en las mamas.
- Ropa interior rota, sucia...
- Enfermedades de transmisión sexual.

Abuso económico o financiero o material:

- Quejas debido a la manipulación de sus efectos personales sin el consentimiento de ellos.
- Falta de dinero, retirada de dinero reiteradamente sin justificación alguna, movimientos extraños en las cuentas bancarias, etc.
- Cambios en los testamentos.
- Firmas falsas de personas ancianas que en ese momento no son capaces de escribir.
- Falta de bienestar cuando la persona anciana tiene capital para poder disfrutar.
- Problemas de salud sin tratamiento médico aún teniendo recursos para poder cubrirse como por ejemplo, silla de ruedas, andadores, prótesis, etc.

Abandono/ negligencia:

- Manifestaciones de abandono.
- Falta de higiene, vestimenta inadecuada...
- Heridas cutáneas sin haber sido tratadas.
- Úlceras por presión.
- Desnutrición y deshidratación.
- Enfermedades no tratadas.
- Falta de cumplimiento del tratamiento terapéutico.
- Deterioro general del anciano.
- Ausencia de acompañamiento a la persona anciana a un centro de atención sanitaria.

Maltrato social:

- Dejarle al anciano sentado o acostado durante un largo periodo de tiempo.
- Ausencia de actividades estimulantes o de diversión.
- Restricción de llamadas telefónicas o de visitas.
- No comunicarle el fallecimiento de personas que conoce.
- Dejarle solo.

Negligencia con medicamentos:

- Agitación.
- Somnolencia.
- Confusión.
- Agresividad.
- Analíticas alteradas.
- Discurso incoherente.

4.4-FACTORES DE RIESGO

Ámbito individual:

Dentro de este ámbito, los riesgos que se encuentran por parte de la víctima son la mala salud física (incontinencia urinaria, alteración en el descanso y en el sueño, fragilidad) y psíquica (depresión, ideas autolíticas, vergüenza, sentimiento de culpabilidad). En cuanto al deterioro cognitivo, serán factores de riesgo la pérdida de memoria, dificultad en la concentración... (Ej: enfermedad de Alzheimer), así como la alteración o deterioro sensorial: ceguera, sordera...

En cambio, por parte del agresor se encuentran los trastornos mentales y el exceso de tóxicos (alcohol, drogas...).

Otro factor que también podemos encontrar en este ámbito que pueda provocar un riesgo para el maltrato a los ancianos, es el sexo de la víctima; en una sociedad en la que las mujeres y los hombres se encuentren en igual condición social, el riesgo de malos tratos será igual tanto para hembras como para varones.

En cambio, las sociedades en las que la cultura que tiene la mujer es inferior socialmente al hombre, la mujer tiene mayor riesgo de sufrir negligencia y abuso económico cuando enviuda.

Ámbito relacional:

Que el anciano comparta vivienda se considera otro factor de riesgo para sufrir maltrato. Aún no se sabe si los cónyuges o los hijos de las personas maltratadas son los que mayor probabilidad tienen de provocar los malos tratos.

En el caso de que el agresor dependa económicamente de la persona anciana, existe mayor probabilidad y riesgo de malos tratos.

También existen casos en los que si la relación entre el anciano y el familiar lleva tiempo un poco desgastada, en el momento en el que aumente la dependencia por parte del anciano, aumentará el estrés y por lo tanto aumentará el riesgo de maltrato.

Ámbito comunitario:

El aislamiento social de los cuidadores provoca que haya un mayor riesgo de maltrato, es decir, si el cuidador tiene que dejar de hacer las cosas que le gustan y que antes hacía a diferencia de ahora que no puede porque tiene que cuidar de un familiar suyo, provocará directamente una peor relación con la persona anciana y consecuentemente aumentará el riesgo de unos malos tratos.

También existen casos en los que los ancianos se encuentran aislados sin poder salir a la calle o sin poder relacionarse con la gente debido a su pérdida de capacidad física y/o psíquica.

Ámbito sociocultural:

Son muchos los autores que relacionan a las personas mayores con la fragilidad, debilidad y la dependencia.

Así mismo, las herencias suelen afectar a las relaciones familiares.

Familias, en las que los hijos migran y los padres (ancianos), suelen quedarse solos.

La escasez de dinero para poder pagar los cuidados es otro de los motivos que puede desencadenar los maltratos.

Respecto al nivel educativo, existen estudios que afirman que una persona que tenga un bajo nivel de estudios es más propicia a sufrir maltrato porque carece de habilidades comunicativas y sociales, lo que le va a impedir darse cuenta de que está siendo maltratado y por lo tanto tampoco será capaz de pedir ayuda.

También cabe destacar que en los centros institucionales el riesgo de maltrato aumenta si:

- No es adecuada ni la atención sanitaria, ni los servicios sociales y ni los centros asistenciales.
- Los profesionales no están bien formados ni remunerados.
- El personal tiene unas malas condiciones de trabajo (carga de trabajo excesiva...).
- El entorno físico no es adecuado.
- Las prioridades de los intereses son más para el centro institucional que para las personas.

Maltrato respecto del cuidador:

Se pueden considerar factores de riesgo la sobrecarga física y psíquica, carga emocional, estrés, el padecimiento de trastornos psicopatológicos, el consumo de tóxicos y fármacos, la no implicación de la responsabilidad que debe tener un cuidador, tener problemas personales, aislamiento social, cuidadores que presentan tras tanto estrés sentimientos de ira, frustración, cansancio..., la presencia del Síndrome de Burnout, etc.

Según el tipo de cuidador, habrá diferentes factores de riesgo a tener en cuenta

Cuidador informal:

- Trastornos psíquicos (hay estudios que confirman que existe un mayor maltrato en los cuidadores informales que tienen depresión).
- Aislamiento social.
- Ausencia de soporte familiar y social.
- Llevando muchos años como cuidador (limitación de la vida personal y laboral provocando a veces el aislamiento social).

- Dependencia económica por parte del cuidador hacia el anciano.
- Escasa información sobre la patológica.
- Incapacidad por parte del cuidador informal para poder soportar la carga física y emocional que requieren los cuidados del anciano.
- Malas condiciones (muchas cargas laborales, poco espacio personal, trabajo físico y psíquico agotador...).

Cuidador formal:

- Falta de motivación por parte del profesional.
- Escasa cualificación respecto al cuidado de las personas mayores.
- Dificultades a la hora de comunicarse con la persona mayor.
- Sobrecarga física y psíquica.
- Síndrome de Burnout.
- Sentimiento de un menor prestigio profesional debido a la sociedad.
- Salarios pobres.
- Malas condiciones laborales.

4.5- CAUSAS DEL MALTRATO

Según la Guía de Prevención del Maltrato a Personas Mayores las causas que existen relacionadas con la aparición del maltrato son las siguientes:

- Teoría del estrés del cuidador:

Se relaciona con factores estresantes externos al anciano, también a la ausencia de ayuda y apoyo de otras personas a la hora del cuidado de la persona mayor.

Esta teoría también se basa en la falta de capacitación sobre el cuidado que requiere la persona anciana para poder cubrir todas sus necesidades, además hay que sumarle la posible situación de desempleo, problemas económicos, etc.

-Teoría de la dependencia de la persona mayor:

El hecho de que la persona anciana tenga la necesidad de exigir una mayor dependencia al cuidador, genera una situación en la que puede provocar una mayor facilidad de situaciones de maltrato.

-Teoría del aislamiento social:

Cuando existe un aislamiento, existe una mayor predisposición a que el cuidador sufra estrés, por lo que puede existir una mayor probabilidad de aparición de maltrato.

- Teoría del aprendizaje social:

Existen casos en los que si una persona en su niñez ha sufrido malos tratos, es bastante probable que esa conducta la haya normalizado en su vida y por lo tanto hay una mayor probabilidad de que ese tipo de conducta se repita.

- Teoría de la personalidad del cuidador y abuso de sustancias:

Esta teoría asocia el consumo de tóxicos (alcohol, drogas...) del cuidador con el maltrato.

4.6- PERFIL DEL MALTRATADOR

No existe un perfil único y específico de la persona maltratadora, pero se han hecho estudios en los que confirman que en la mayoría de los casos de maltrato, la persona maltratadora tiene el siguiente perfil:

- Mediana edad.
- Suele ser una persona de confianza para la persona maltratada (anciano).
- Familiar de la persona maltratada (la mayoría de las veces suelen ser sus propios hijos y/o hijas).
- Personas con enfermedades mentales.
- Personas que consumen tóxicos (alcohol, drogas...).

- Personas con estrés.
- Personas que dependen de la persona anciana económicamente.
- Personas que no tienen habilidades de afrontamiento.
- Personas que conviven con la persona anciana.
- El cuidador de hace muchos años.
- Persona que se aísla socialmente.
- Persona que no tiene conocimiento de los recursos que ofrece la comunidad.

4.7- DIFERENCIAS ENTRE MALTRATO DOMÉSTICO Y EL INSITITUCIONAL

	MALTRATO DOMESTICO	MALTRATO INSTITUCIONAL
DEFINICIÓN	Todo acto que por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a una persona mayor por parte de un miembro de la familia”.	Cualquier maltrato hacia la persona mayor que se realice en los centros de salud, centros geriátricos e instituciones de larga estancia por parte de los Trabajadores profesionales.
TIPOS MÁS COMUNES	Físico, psicológico , abuso sexual, abuso financiero o material, abandono , negligencia, autonegligencia ,	Infantilización, despersonalización, deshumanización, victimización, ensañamiento terapéutico, farmacológico, negligencia, restricciones

	MALTRATO DOMESTICO	MALTRATO INSTITUCIONAL
FACTORES DE RIESGO	Aislamiento social (anciano y cuidador), deterioro cognitivo y físico, estrés, actividad no remunerada	Deterioro cognitivo y físico, estrés laboral, malas condiciones laborales
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN	No es tan complicado como en el ámbito institucional porque en estos casos los maltratadores son los familiares. Las personas que detectan el posible maltrato suelen ser los sanitarios de AP cuando realizan la atención domiciliaria y las enfermeras de triaje de urgencias.	Es más complicado ya que las personas agresoras son los profesionales que trabajan en las instituciones donde se encuentran los ancianos

	MALTRATO DOMESTICO	MALTRATO INSTITUCIONAL
BARRERAS QUE OBSTACULIZAN SU DIAGNÓSTICO	Insuficiente información para poder saber detectarlo, escasa información bibliográfica sobre el maltrato, presentación sutil de algunos tipos de maltrato	Insuficiente información para poder saber detectarlo, comportamientos corporativistas, negligencia o falta de supervisión, mala imagen para el servicio institucional.
PERSONA AGRESORA	Cónyuge, hijo/a, hermanos/as, cuidadores	Cuidadores formales

4.8- VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA TERCERA EDAD

Existen estudios que demuestran la dificultad de la detección de la violencia de género en las personas mayores, ya que tienen una mayor tolerancia a la violencia emocional como por ejemplo a los celos, aislamiento, manipulación, etc.

Algunos de los autores que realizaron estudios sobre este tema, refieren que la principal razón de la existencia de la violencia de género en el anciano es debida en parte a la cultura, religión, sociedad, la falta de recursos en la comunidad en relación con este problema, o la falta de confianza con los profesionales.

Las mujeres ancianas han sufrido la violencia de género en silencio dentro de sus hogares aún siendo una noticia que todo el mundo conocía.

Es por ello, el hincapié que se hace en la detección de este tipo de maltrato por parte de los profesionales sanitarios, ya que en muchos casos puede pasar de desapercibido por ser situaciones “normales”, “comunes”...

Este problema puede aumentarse en la mujer anciana debido a la dependencia económica que sufren respecto a las pensiones de los maridos.

Además, los casos en los que la mujer anciana termina delatando la violencia de género que sufre por parte de su marido, los hijos en algunas ocasiones, no le dan importancia ya que no comprenden esas declaraciones porque lleva así toda la vida.

También hay casos en los que los hijos justifican la violencia machista en esas edades por la cultura en la que viven y por la educación que ha recibido.

La situación puede complicarse más en mujeres que no tienen ni recursos económicos ni apoyos sociales, por lo tanto es necesaria la existencia de protocolos para este tipo de casos. Como ejemplo se podría coger el protocolo que realizó el “Instituto Aragonés de Servicios Sociales” en el que existe un acuerdo sobre la acogida en residencias a mujeres ancianas víctimas de la violencia de género.

4.9- PREVENCIÓN

En la actualidad, al haber un aumento de la población envejecida, la prevención del maltrato en las personas mayores, es un problema de todos. El maltrato, como hemos visto, conlleva la aparición de consecuencias físicas, psicológicas y sociales para la persona mayor, y por otro lado, está relacionado con un aumento de la morbimortalidad, una disminución de la calidad de vida del anciano y con un aumento del consumo de recursos tanto sanitarios como sociales.

En 2001 se conocieron las primeras estrategias para la prevención del maltrato en las personas ancianas por parte de la “Organización Mundial de Salud (OMS)” y de la “Information and news about the prevention of elder abuse (INPEA)”. **Las estrategias más importantes y/o significativas fueron las siguientes:**

- **Voces Ausentes:** eran opiniones de diferentes personas ancianas sobre el maltrato en la tercera edad.
- **Declaración de Toronto:** surge a partir de una reunión de personas expertas en la que se habla de iniciativas para poner en marcha la prevención del maltrato.
- **La perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano:** fue un estudio creado por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), que actualizaba los objetivos y el diseño de la estrategia “Voces Ausentes”

Existen varias estrategias que se han puesto en marcha para prevenir, establecer diferentes medidas para lidiarlo y disminuir las consecuencias del maltrato en las personas mayores. Algunas de las estrategias que se han aplicado para prevenir el maltrato en los ancianos son:

- Campañas para los profesionales y para la población.
- Detección de víctimas y agresores.
- Programas en los colegios.
- Intervención de apoyo a las personas cuidadoras.
- Formación dirigida a los distintos cuidadores.

Existen intervenciones con las que se puede responder a los diferentes tipos de maltrato y al impedimento de repetición:

- Obligación a la notificación a las autoridades.
- Grupos de autoayuda.
- Centros de acogida.
- Ayuda psicológica.
- Teléfonos de asistencia que garanticen información y derivación.

En la actualidad todavía no existen muchas pruebas en las que verifiquen la eficacia de las intervenciones que anteriormente hemos nombrado.

El apoyo de los cuidadores tras una situación de maltrato, disminuye la probabilidad de que se repita, los programas en los colegios también han generado resultados favorables ya que las personas van sensibilizándose consiguiendo así un menor maltrato.

Mediante el sector de servicios sociales (a partir del apoyo jurídico, financiero...), el sector de la educación (a partir de campañas de sensibilización y educación a la población) y el sector de la salud (a partir de la detección y tratamiento que ofrece el personal de AP y Especializada) se reduce el maltrato en las personas mayores.

Existe un consenso sobre la prevención del maltrato en la persona mayor y se basa en respetar y promover la autonomía (funcional y moral), de modo que, cuanto menor dependencia exista y mayor capacidad haya para defender los valores de cada uno, existirá un riesgo menor.

Por ello es muy importante la educación que se lleva a cabo por parte de los profesionales sanitarios en el ámbito familiar y en el comunitario, ya que va a intervenir en la instrucción, orientación, fomentación del autocuidado, potenciación de la capacidad del paciente y familiares para poder afrontar los problemas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

Se realizará según estilo Vancouver

- **Libros:** Risgven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.
- **Artículo de revistas:** Díez Jiménez JA, Cienfuegos Márquez M, Suárez Fernández E. Ruidos adventicios respiratorios: factores de confusión. Med Clin (Barc). 1997; 109 (16): 632-634.
- **Página WEB :** Cancer-Pain.org [actualizado 16 May 2002; citado 9 jul 2002]. Disponible en: <http://www.cancer-pain.org/>
- **Bases de datos:** Who's Certified [base de datos en Internet]. Evanston (IL): the American Board of Medical Specialists. C2000–[citado 8 Mar 2001]. Disponible en: <http://www.abms.org/newsearch.asp>

5.- BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. El maltrato de los ancianos. [Internet] Disponible en: https://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/

- Maltrato de las personas mayores. [Internet] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

- Torres Prados MT, Estrella González IM. Sensibilización y detección del maltrato en el anciano. Hacia una atención primaria adaptada a los mayores. Gerokomos vol.26 no.3 Barcelona sep. 2015. Disponible en: <https://www.scielo.org/es/>

- Aguadero, N. Abordaje del maltrato al anciano en el ámbito doméstico. Revisión bibliográfica. [Internet] Revistaenfermeriacyl.com. Disponible en:

<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/142/112>

- Lopez Lopez R, Calzada L (dir). Fenómeno invisible: Maltrato en los ancianos. [Trabajo de Fin de Grado]. [Cantabria]: Universidad de Cantabria; febrero de 2017. Disponible en:

<https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/10546>

- Martínez-Moreno, E. and Bermúdez-Pérez, M. Maltrato psicológico hacia los mayores: variables a tratar = Psychological abuse of elderly people: variables to consider. [Internet]. Disponible en: <https://erevistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3161>

- Tercera edad: población España 2002-2018 | Estadística. [Internet] Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/630678/poblacionde-espana-mayor-de-65-anos/>

- Guía Básica para la Detección de Maltrato a Mayores – Dossiers OposSanidad. [Internet] Disponible en: http://www.auxiliarenfermeria.com/maltrato_mayores.htm#cinco
- Rivera Navarro J, Castro de Kunst E, De los Rios Gutierrez A, Abad Luque O. Cuidadores informales de ancianos con demencia. Análisis del discurso sobre el maltrato. [Internet]. [Salamanca]: Universidad de Salamanca; noviembre de 2015. Disponible en: www.encrucijadas.org

- Ceoma: Confederación Española de Organizaciones de Mayores. [Internet] Disponible en: http://ceoma.org/wpcontent/uploads/2017/10/jesus_rivera.pdf

-National Institute on Aging. El abuso de las personas mayores. [Internet] Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/abusopersonas-mayores>

- Subdirección General de Gestión. Protocolo para la detección y actuación ante situaciones de maltrato en los servicios del IMSERSO.

[Internet]. [España, Madrid]: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2 de diciembre de 2015. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/>

- ¿Qué dice el Código Penal sobre el maltrato? [Internet] Disponible en:

https://www.plusesmas.com/cuidadorfamiliar/dignidad_y_libertad/que_dice_el_codigo_penal_sobre_el_maltrato/898.html

TEMA 30. VALORACIÓN DEL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON DOLOR LUMBAR CRÓNICO.

LAURA COTO VIEJO

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
 - 2.1. LUMBALGIA
 - 2.1.1. CLASIFICACIÓN
 - 2.1.2. ETIOLOGÍA
 - 2.1.3. EPIDEMIOLOGÍA
 - 2.1.4. PATOLOGÍAS ASOCIADAS
 - 2.1.5. DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN
3. SITUACIÓN ACTUAL DEL TEMA
4. OBJETIVOS
5. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO
6. PRESUPUESTO
7. BIBLIOGRAFÍA

1. RESUMEN

- El dolor lumbar es uno de los padecimientos más antiguos y frecuentes de la humanidad, muy probablemente como consecuencia de nuestra condición de bípedos, de forma que el 80% de la población lo padece en algún momento de su vida.
- La principal causa son los trastornos posturales debidos a posiciones anormales durante el trabajo, trastornos de la marcha por afecciones musculoesqueléticas de los miembros inferiores, por obesidad, falta de ejercicio y su consiguiente debilidad muscular.
- En el presente proyecto de investigación se compararán los efectos de la actividad física sobre personas con dolor lumbar crónico. Será a través de tres grupos: el primero será un grupo control, a un segundo se le tratará con masaje y calor y al tercero mediante tablas de ejercicios.

2. INTRODUCCIÓN

- La actividad física es “el movimiento corporal producido por la contracción esquelética que incrementa el gasto de energía por encima del nivel basal” (Corbin y cols. 2005).
- Se ha demostrado que la actividad física aporta numerosos beneficios, entre los que destacan que disminuye la frecuencia de aparición de enfermedades crónicas y la incidencia de los factores de riesgo cardiovasculares. A nivel psicológico aumenta el optimismo, disminuye la ansiedad y mejora el estado de sueño nocturno. A cualquier edad aumenta la calidad de vida y disminuyen la morbilidad y mortalidad.

- Por ello debemos concluir, que la práctica de actividad física repercute en la mejora de la condición física y que un buen nivel de condición física está asociado con percepciones positivas del estado de salud (Corbin y cols. 2005)
- La Asociación Española de Fisioterapeutas (1987) ofrece, en el artículo 4º de su reglamento la siguiente definición sobre el término Fisioterapia: “ciencia que engloba al conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectas de disfunciones somáticas y orgánicas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud”.
- Por tanto, el fisioterapeuta, tiene la capacidad de aplicar la prescripción terapéutica de ejercicio, mejorando así la condición física.

2.1. LUMBALGIA

- La Organización Mundial de la Salud señala que el dolor de espalda baja “no es ni una enfermedad ni una entidad diagnóstica, sino que se trata del dolor de duración variable en un área de la anatomía, afectando de manera tan frecuente que se ha convertido en un paradigma de respuestas a estímulos externos e internos”.
- Si unimos su alta incidencia con su baja efectividad terapéutica, no es de extrañar que aunque de carácter benigno, esta patología se haya convertido en un grave problema de salud en la sociedad occidental, por su elevada frecuencia y repercusión social, laboral y económica con consecuencias profesionales, familiares, sociales y psicológicas.

2.1.1. CLASIFICACIÓN

- Según el tiempo de evolución (Humbría y Villanueva 2002):
 - Lumbalgia aguda (menos de seis semanas de evolución).
 - Lumbalgia subaguda (entre seis y doce semanas).
 - Lumbalgia crónica (el dolor persiste más de tres meses).

2.1.2. ETIOLOGÍA

- Multifactorial:
 - Biológicos
 - Sociales
 - Psicológicos

2.1.3. EPIDEMIOLOGÍA

- Según el sexo (en España afecta a más mujeres)
- Según la edad (principal causa de limitación en menores de 45 años)
- Según la fortaleza y flexibilidad de la musculatura de la espalda.
- ◆La Sociedad Española de Reumatología promovió el estudio EPISER (2000) de donde se recoge que la lumbalgia aparece en todos los grupos estudiados en una franja de edad comprendida entre los 60 y 69 años, para descender a partir de aquí. Según este estudio en España casi la mitad de la población adulta padece, al menos, un episodio de dolor lumbar, siendo en un tercio de ellos considerado como superior a 5 en la escala analógica visual del dolor.

2.1.4. PATOLOGÍAS ASOCIADAS

- Osteomusculares: causas traumáticas, enfermedades inflamatorias o anomalías de la columna vertebral.
- Viscerales: renal, vascular, digestivo o ginecológicas.
- Psiquiátricas: simulación o hipocondría.

2.1.5. DIAGNÓSTICO Y VALORACIÓN

- Anamnesis: edad, sexo, características del dolor, síntomas asociados, antecedentes, medicación, ...
- Exploración física: observación y palpación.

Los objetivos de esta valoración son alcanzar un diagnóstico correcto y poder descartar complicaciones.

3. SITUACIÓN ACTUAL DEL TEMA

- La mayoría de la población sufrirá en uno u otro momento de su vida dolor lumbar. Los pacientes con dolor lumbar crónico (entre un 10 y un 40% según autores) suponen un verdadero problema económico para los países.
- Según el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos (2007), en España, se causa un gasto público del 2% del P.I.B., por ello, la prevención es uno de los pilares fundamentales. Dentro de estos programas de prevención el más extensamente utilizado es la Escuela de columna, iniciada en Suecia en 1969. La EC es un programa que consiste en clases teórico-prácticas para concienciar al individuo de la importancia de mantener la columna sana.
- En España, en el año 1996, se puso en marcha la Escuela Española de la Espalda (EEDE) para mejorar la educación sanitaria y la prevención de las dolencias de la población.

4. OBJETIVOS

- General:

- Explorar la asociación entre la actividad física y el dolor lumbar crónico.

- Específicos:

- Sensibilizar a la población sobre la necesidad de realizar ejercicio físico para tener una buena condición física y evitar posibles dolores de espalda.

- Definir un grupo de medidas encaminadas a evitar el padecimiento de dolor lumbar incrementando el nivel de práctica física y fomentando una buena higiene postural.

- Mejorar la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria y la reinserción a la vida laboral mediante la reducción de los dolores de espalda.

5. METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

El proyecto va dirigido a la población adulta (entre 40 y 65 años) de ambos sexos que carezcan de patologías que contraindiquen la práctica de actividad física y se respetará la Carta de Helsinki para investigaciones en seres humanos.

Se desarrollará en un clínica privada por donde pasan al mes unas 200 personas con padecimientos en la columna lumbar. De estas 200 personas habrá que descartar a aquellas que vengan con dolor agudo o subagudo y nos centraremos en las que padezcan dolor persistente desde hace unos tres meses. Este descarte se realizará con la historia clínica, la exploración física y las pruebas diagnósticas. Tras estos estudios nos quedará una muestra de 60 personas con dolor lumbar crónico sin patología asociada.

El estudio será descriptivo y transversal, con una duración de 6 meses y una frecuencia de 5 días a la semana (entre 30-90 minutos por sesión).

Se dividirá la muestra aleatoriamente en tres grupos: el primer grupo será un grupo control sobre el que no se realizará ninguna actuación, el segundo recibirá un tratamiento fisioterápico consistente en masoterapia e infrarrojos y el tercero, además de este tratamiento, realizará tablas de ejercicios.

Se contará con tres fisioterapeutas, uno por cada 20 pacientes. Como el grupo control no participará en el tratamiento fisioterápico ni en el programa de ejercicios, los tres fisioterapeutas trabajarán de forma conjunta con los 40 restantes.

El cronograma será el siguiente:

- ✓ Preparación general (del 2 al 7 de enero): se informará del proyecto y se obtendrá el consentimiento.
- ✓ Preparación específica (del 8 al 14 de enero): se realizará la anamnesis donde se recogerá la historia actual del dolor, los datos personales y los antecedentes patológicos, y mandaremos a los pacientes rellenar la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry que es una de las más utilizadas y recomendadas a nivel mundial (tiene valor predictivo de cronificación del dolor, duración de la baja laboral y de resultado de tratamiento). En este apartado también realizaremos la exploración física inicial donde se hará una inspección, una palpación, se comprobará la movilidad lumbar y se hará una exploración radicular y de las articulaciones sacroilíacas.

✓ Trabajo de campo (del 15 de enero al 15 de abril): se hará el tratamiento fisioterápico al segundo y tercer grupo con los infrarrojos y la masoterapia y el programa de ejercicio físico al grupo que corresponda donde se tratará de trabajar todos los componentes de la salud a través de los siguientes ejercicios:

- respiración abdomino-diafragmática
- estiramiento unilateral
- estiramiento general de la espalda
- estiramiento posterior
- estiramiento de glúteo
- mahometana y variantes
- flexibilización de la columna
- abdominales inferiores y superiores
- oblicuos
- elevación brazo-pierna contralateral
- elevación brazo-pierna contralateral en cuadrupedia
- bicicleta

Tras esto haremos una segunda exploración física en los 10 días siguientes.

- ✓ Seguimiento (del 20 al 25 de junio): se comprobará la condición física de los pacientes y se volverá a realizar el cuestionario de Oswestry.
- ✓ Análisis de los datos (a partir del 25 de junio): se estratificará por edad y posteriormente por sexo, se eliminarán datos anómalos o inconsistentes y se intentará resumir toda la información mediante índices numéricos que representen el conjunto de datos. Se realizará a través del programa informático SPSS.

6. PRESUPUESTO

- Recursos humanos: tres fisioterapeutas.
- Recursos materiales: tres camillas hidráulicas, rollos de papel de camilla, tres goniómetros para la exploración física, una cinta métrica, cuestionarios de Oswestry, parafina líquida para masajes, tres lámparas de infrarrojos de 250W, tres colchonetas para realizar la tabla de ejercicios, pósters para fomentar el ejercicio físico y una buena higiene postural, programa informático Microsoft Office 2010 y paquete estadístico SPSS.

7. BIBLIOGRAFÍA

-JJ. Varo Cenarruzabeitia; JA. Martínez Hernández; MA. Martínez González. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. Medicina Clínica. Barcelona 2003; 121(17):665-72.

<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/beneficios-actividad-fisica-riesgos-sedentarismo-13054307-revision-2003>

-JM Portela. Qué elementos hemos de tener en cuenta a la hora de evaluar los niveles de actividad física. ISSN 1988-6047. N13 Diciembre 2008.

http://www.csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_13/JOSE_M_PORTELA_1.pdf

-Asociación Española de Fisioterapeutas. Artículo 4 del Reglamento. Madrid 2006.

<http://www.aefi.net/Portals/1/Documentos/REGLAMENTO.pdf>

-Luis Néstor Gómez Espinosa. Lumbalgia o Dolor de espalda baja. Revista Dolor Clínica y Terapia. Vol V, N2. Febrero 2007.

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=49355>

-A. Gómez-Conesa; S. Valbuena Moya. Lumbalgia crónica y discapacidad laboral. Revista Fisioterapia. Vol. 27, N5, 2005, ISSN: 0211-5638, pág 263. -M. Valle Calvet; A. Olivé Marqués.

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13080108&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=146&fichero=146v27n05a13080108pdf001.pdf&ty=147&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es

-MI. Casado Morales; J. Moix Queraltó; J. Vidal Fernández. Etiología, cronificación y tratamiento del dolor lumbar. Clínica y Salud. ISSN:1130-5274. Vol.19 N3, Madrid dic-ene 2008.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300007&script=sci_arttext

-T. Bravo Acosta. Diagnóstico y rehabilitación en enfermedades ortopédicas. Cap. 9 Afecciones de la columna dorsolumbar.

<http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-000-00---0rehabili-00-0-0rehabili--0prompt-10---4----0-0-0-1l-0-1-bn-50---20-about--4-00031-001-1-0utfZz-8-00--0-0l--11-es-50---20-home---00-3-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&cl=CL1&d=HASH0119aa10006f9598e3e791e6.13.4&hl=1&gc=0>=0>

- Guía de Atención del Dolor Lumbar. Punto de Salud. Pág. 6.
http://www.arpsura.com/boletin/distribuidores/prestadores/documentos/guia_de_atencion_dolor_lumbar.pdf
- A. Humbría Mendiola; L. Carmona; José L. Peña Sagredo; AM Ortiz. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. Rev. Española Reumatología. 2002. Vol. 29.n10.
<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-espa%C3%B1ola-reumatologia-29/impacto-poblacional-dolor-lumbar-espa%C3%B1a-resultados-estudio-13041268-tema-monografico-lumbalgia-2002>
- M. Rossignol; S. Suisa; L. Abenheim. Working disability due to occupational back pain; three-year follow up of 2,300 compensated workers in Quebec. J Occup Med. 1988;30: 502-5.

-M. Sauné; R. Arias; I. Lleget; A. Ruiz ; JM. Escribà; M. Gil.
Estudio epidemiológico de la lumbalgia. Análisis de factores predictivos de incapacidad. Rehabilitación. 2003; 37:3-10.

<http://www.elsevier.es/es/revistas/rehabilitacion-120/estudio-epidemiologico-lumbalgia-analisis-factores-predictivos-incapacidad-13044097-originales-2003>

-ML. Palomo; A. Rodríguez; C. Barquintero. Clasificación etiológica y clínica. Lumbalgias. Jano. 2001;14 (8): 84.

<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/61/1408/84/1v61n1408a13022337pdf001.pdf>

-I. Mirallés. Prevención del dolor lumbar. Efectividad de la Escuela de Columna. Rev. Sociedad Española del Dolor; 8; Supl II. 14-21. 2001.

http://revista.sedolor.es/pdf/2001_10_04.pdf

-Escuela Española de la Espalda. (EEDE). 2008.

<http://www.eede.es/public/html/index.php>

-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf

-A. Rodríguez Cardoso; M. Herrero Pardo; M.L. Palomo Pinto. Lumbalgia. Historia y exploración físicas. Vol.61.núm 1408. ISSN: 0210-220x. Nov. 2001. Centro de Salud de Loranca, Fuenlabrada. Área 6, Madrid.

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/1/1v61n1408a13022330pdf001.pdf>

-Rubén Tovar. Escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry (ODI). Fisioterapia Sin Red. Enero 2013.

<http://www.fisioterapiasinred.com/escala-de-oswestry/>

-M. Torres; I. Salvat. Guía de Masoterapia para Fisioterapeutas. Editorial médica Panamericana. ISBN: 84-7903-773-3. 2006. Págs: 43-48.

[http://books.google.es/books
id=pLRdF6hCCQwC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false](http://books.google.es/books?id=pLRdF6hCCQwC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false)

-Edilberto Trinchet Ayala. Termoterapia superficial. Rayos infrarrojos. Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Vladimir Ilich Lenin. Facultad de Ciencias Mariana Grajales Cuello. Octubre 2005.

-J. Peña; A. Virseda; J.D. Cerdeño. Ejercicios de columna lumbar. Artículo de efisioterapia. Mayo, 2011.

<http://www.efisioterapia.net/articulos/ejercicios-columna-lumbar>

TEMA 31. LA LEGIONELOSIS EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL, EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN.

**NURIA RODRIGUEZ RODRIGUEZ
SANDRA RODRIGUEZ RODRIGUEZ**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Historia de la legionelosis

1.2 Evolución de la legionelosis en España

1.3 Importancia y conocimiento actual sobre la legionelosis

1.4 Objetivos

2. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Legionella pneumophila

3.2 Aspectos clínicos de la legionelosis

3.3 Medidas de prevención y control de la legionelosis

3.4 Importancia de la enfermería

4. CONCLUSIONES

5. BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUCCION

1.1 HISTORIA DE LA LEGIONELOSIS

En Julio de 1976 se registró un brote de neumonía de etiología desconocida entre los asistentes al 58^a aniversario de la Convención Anual de la Legión Americana en el hotel Bellevue Stratford, en la ciudad de Filadelfia. Muchos de los asistentes se vieron afectados. Se diagnosticaron 182 casos entre los 4400 asistentes oficialmente registrados, de los cuales fallecieron 29.

A pesar de los esfuerzos y recursos empleados para determinar la causa, esta no fue hallada en un principio. Se llegó a la conclusión de que la infección se transmitía por el aire y el foco debía estar en el hotel. No fue hasta Mayo del año siguiente cuando Joseph McDade junto con otros científicos pertenecientes a la organización "*Public Health Services Center For Disease Control*" llegaron hasta el agente causante del brote infeccioso acaecido en Filadelfia.

Habían descubierto un nuevo microorganismo al que bautizaron como *Legionella* en memoria de los legionarios afectados y *pneumophila* por su afección pulmonar. No fue hasta años después que se descubrió que el foco de la infección estaba en una torre de refrigeración del hotel y a partir de este hecho se sembró un precedente para empezar a controlar este tipo de estructuras.

No obstante, no era el primer brote de esta infección, estudios retrospectivos confirmaron mediante el análisis de muestras conservadas de pacientes con neumonía de etiología desconocida, que el mismo microorganismo estaba presente en brotes epidémicos acaecidos en el pasado que no habían podido ser esclarecidos. Se analizaron sueros almacenados desde 1947 y se descubrió que un microorganismo aislado de un paciente en 1947 conocido como “agente *Rickettsia like*” era en realidad *Legionella pneumophila* y se la conoce como cepa “*olda*”, el primer registro de *Legionella* existente.

En 1957 se registró un brote de *Legionella* en una fábrica de empaquetamiento de carne en Austin (Minnesota) y también el brote ocurrido en 1965 en un hospital en el distrito de Columbia (Indiana). Hubo también otro caso más importante en 1968 en un edificio de la ciudad de Pontiac (Michigan), donde más de 100 trabajadores de un departamento de salud adquirieron un cuadro clínico con síntomas similares a una gripe, al que se le denominó “Fiebre de Pontiac”. En España, como en otros muchos países, también se describió *a posteriori* un antiguo brote de legionelosis ocurrido en el año 1973 en un hotel de Benidorm que afectó a cinco turistas. Después de esa fecha hubo otros brotes importantes teniendo en cuenta el número de afectados, como el del año 1991 en Almuñécar que registró 91 casos, en el año 1997 Alcalá de Henares con 224 casos o los años 1988 y 2000 con 56 y 54 casos respectivamente en Barcelona . El caso más relevante a nivel mundial en cuanto a número de afectados tuvo lugar en Murcia en Julio del 2001, registró 449 casos confirmados en torno a 800 bajo sospecha.

Pese a lo espectacular de las cifras, tuvo una mortalidad muy baja, por debajo del 1%. La baja mortalidad se cree que pudo ser debido a la rápida detección del brote, a un inicio precoz del tratamiento y porque se mostró un perfil de virulencia disminuido de las cepas bacterianas en la prueba de citopatogenicidad. A raíz de este suceso, la legionelosis pasó a primer plano como problema en la sanidad española y el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó a finales de Julio de 2001, con el asesoramiento de la Comisión de Salud Pública, el primer *Real Decreto para la prevención y control de la legionelosis*. Este Real Decreto fue sustituido en 2003 por otro con el mismo enunciado, que es el que figura actualmente en el *Boletín Oficial del Estado* y en el que se incluye a la legionelosis como enfermedad de declaración obligatoria, con declaración de casos semanales y de datos epidemiológicos fundamentales.

1.2 Evolución epidemiológica de la legionelosis en España

La legionelosis está presente en todo el mundo ya que se han notificado casos en África, Australia, América del Norte, Sudamérica, Europa y Asia.

Actualmente, se desconoce la tasa real de incidencia a nivel mundial, ya que existen numerosos países que no disponen de pruebas diagnósticas para revelar la infección o también por no poseer sistemas de vigilancia epidemiológica. Pero se estima que la incidencia global de neumonía por Legionella se sitúa entre el 2% y el 15% de las neumonías, aumentando en los últimos años en Europa y en EE.UU. A nivel nacional hay que mencionar, que en el territorio español la distribución espacial no es homogénea ya que existen grandes diferencias de incidencia entre las comunidades autónomas.

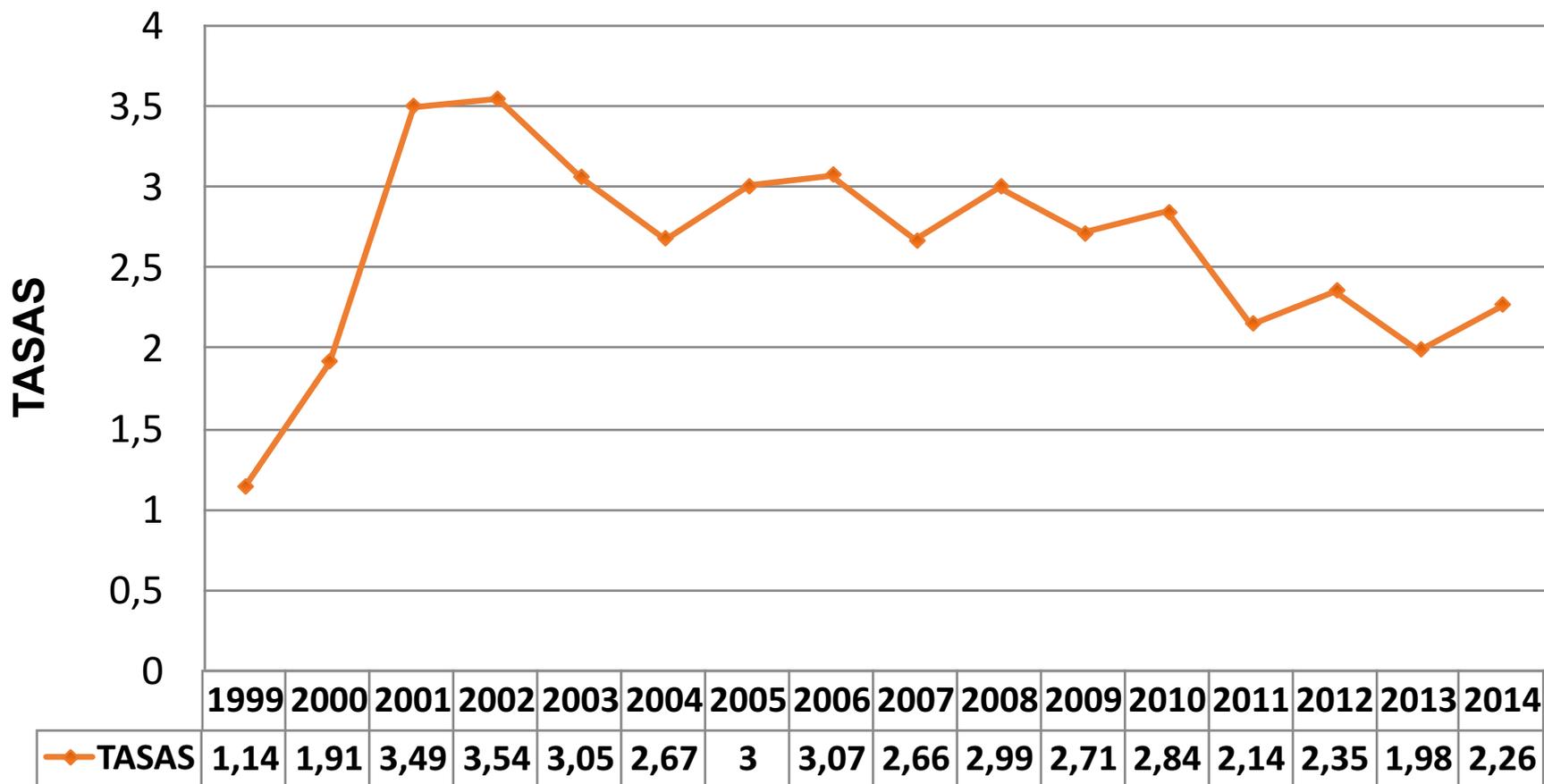
Según un registro realizado por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que está recogido en la siguiente gráfica, se puede observar la tendencia que ha seguido la incidencia de legionelosis en los últimos años. A partir del año 1999 hasta el 2001 el número de casos declarados se disparó considerablemente. Este llamativo aumento de casos se debió a la aplicación de nuevos métodos diagnósticos como la prueba diagnóstica de detección de antígenos bacterianos de la *Legionella* en orina. También se vio aumentado el número de casos por la implantación de normativas estatales y autonómicas de nuevos protocolos de vigilancia y notificación de casos.

Como se puede observar, hasta el año 2002, la incidencia de la legionelosis aumentó notablemente, y es en el año 2002 cuando se registró el máximo histórico con 1461 casos y una incidencia de 3,54 por 100.000 habitantes.

A partir del año 2003 sufrió un descenso para después establecerse durante la última década en una tasa media anual de 2,9 casos por cada 100.000 habitantes, 1263 casos anuales de media. En los últimos años la tasa media anual es algo más baja por la mejora de los métodos de control de los focos de infección.

En 2014, último año con datos oficiales disponibles en el *Instituto Nacional de Estadística*, se registraron 1041 casos, de los cuales 30 tuvieron lugar en la comunidad de Castilla y León. A pesar de este descenso, la legionelosis es un problema sanitario importante en nuestro país, ya que según un grupo de trabajo europeo para el estudio de infecciones por *Legionella-European Working Group for legionella infections (EWGLI)*, España es uno de los países de la Unión Europea junto con Francia, Alemania, Reino Unido e Italia, que posee una de las tasas más elevadas de legionelosis.

Evolución de la incidencia de legionelosis por 100.000 habitantes en España. Años 1999-2014



1.3 Importancia y conocimiento actual sobre la legionelosis

La legionelosis es una enfermedad que tiene una gran repercusión mediática al estar asociada a brotes esporádicos comunitarios relacionados tanto con el agua caliente sanitaria, torres de refrigeración, condensadores evaporativos y otros equipos de intercambio de aire-agua. Al ser una enfermedad que se da en gran cantidad de lugares está considerado un problema de salud pública¹².

La legionelosis es una infección de alta incidencia que afecta a un elevado número de personas cada año. Como se citó anteriormente, en España, cada año se detectan más de 1000 casos declarados y en el 80 % de los casos la fuente de infección fue difícil de identificar con claridad.

Según estudios estadísticos, de todas las neumonías diagnosticadas en España, las causadas por *Legionella* son la cuarta causa más frecuente. Según ciertos estudios, la *Legionella* causa un 5-15% de casos del total que derivan en neumonía, de los cuales el 15% requieren hospitalización. Además, alrededor de un 85% de los casos de neumonía son causados por *L. pneumophila*, una variedad muy virulenta con un 30% de tasa de mortalidad si no se trata la enfermedad y si no se administra el tratamiento precozmente. Es necesario recalcar que además de desencadenarse tanto en el ámbito doméstico como en el hospitalario, esta infección se puede adquirir también en el ámbito comunitario y asociarse a determinados sectores económicos como puede ser la hostelería y a determinadas zonas geográficas y puede producir un gran impacto socioeconómico, especialmente en los lugares con gran importancia del sector turístico.

El tema tiene bastante relevancia ya que se encuentra extendida por muchas partes del mundo debido a las instalaciones de abastecimiento de agua de las edificaciones que favorecen la proliferación y diseminación de la bacteria causante.

En conclusión, es importante el estudio de la legionelosis por la frecuente aparición de brotes y porque constituye uno de los tipos de neumonía infecciosa más frecuente y letal en el mundo desarrollado.

1.4 OBJETIVOS

Los objetivos para esta revisión bibliográfica son:

1. Identificar la correcta y actualizada evidencia científica disponible sobre la cadena epidemiológica del agente causal de la legionelosis.

2. Dar a conocer la importancia que tiene aplicar acciones preventivas para evitar la infección por *Legionella pneumophila*, así como resaltar el papel de los profesionales de enfermería en esta función.

2. METODOLOGIA Y ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA

Para realizar esta revisión bibliográfica sobre la legionelosis, el primer paso ha sido realizar una búsqueda de evidencia científica en distintas bases de datos con las palabras clave "*Legionella pneumophila and community outbreak*, Legionelosis, Legionnaires ' disease y Prevention and legionellosis.

Una vez elegidas las palabras clave se realizó un filtro descartando aquellos artículos que no fueran en lengua inglesa o español, asimismo, aquellos artículos que fueran publicados antes del 2008 y que no tuviesen acceso a descargar el texto completo de manera gratuita.

A pesar de realizar búsqueda en distintas bases de datos como PubMed, Web of Science y Elsevier, también se utilizaron artículos científicos obtenidos a partir de referencias bibliográficas de otros artículos consultados.

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA EN BASE DE DATOS

BASE DE DATOS	FILTROS UTILIZADOS	DESCRIPTORES	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
ELSEVIER	Artículos desde 2006 del área Salud pública y administración sanitaria en el ámbito de ciencias de la salud en idioma inglés y español.	"Legionelosis"	87	3
WEB OF SCIENCE	Artículos completos desde 2008 del área de investigación microbiológica y enfermedades infecciosas en idioma inglés y español.	"Prevention AND legionellosis"	15	2
		"Legionella pneumophila "AND community outbreak"	45	4
PUBMED	Artículos gratis completo y publicaciones desde hace 5 años.	"Legionnaires 'disease"	95	12

3. RESULTADOS Y DISCUSION

3.1 LEGIONELLA PNEUMOPHILA

Los estudios taxonómicos revelan que dentro de la familia *Legionellaceae* se encuentra el género *Legionella*, en el que se incluyen más de cincuenta especies diferentes. Alrededor de la mitad de las especies están implicadas en infecciones del ser humano mientras que el resto se localizan en el medio ambiente y no son nocivas para el ser humano.

Dentro de dicha familia, la especie *Legionella pneumophila* es la bacteria más frecuente aislada tanto en muestras clínicas como ambientales. Por lo tanto, dentro de este género *L. pneumophila* es el principal agente causal de la legionelosis. Actualmente, se han descrito 15 serogrupos distintos, siendo *L. pneumophila* serogrupo 1 la responsable de causar alrededor del 90% de las infecciones a nivel mundial y la que más casos clínicos ha provocado. Hay que mencionar, además, que los serogrupos del 1 al 6 son las que más a menudo se aíslan en pacientes.

Las bacterias del género *Legionella* son bacilos gramnegativos delgados y pleomorfos cuyas dimensiones están entre 0,3 a 1 μm de ancho y 2 μm de longitud. Estos patógenos suelen aparecer como cocobacilos cortos en tejidos y a veces adquieren formas pleomorfas filamentosas en cultivos artificiales que pueden llegar a alcanzar longitudes de hasta 20 μm , estas formas están influenciadas por las temperaturas y los nutrientes disponibles en el medio. Se trata de bacterias que se tiñen débilmente con los reactivos convencionales como la tinción de Gram, esto es debido a que a diferencia del resto de bacterias Gram negativas, las bacterias del género *Legionella* poseen una gran cantidad de ácidos grasos de cadena larga ramificada en su pared celular que hacen difícil la tinción celular. Por ello, mediante métodos de fluorescencia, la tinción argéntica de Dieterle y la tinción de Giménez nos permiten teñir las bacterias de forma más efectiva y así visualizarla en diversos tejidos.

Las bacterias del género *Legionella* son microorganismos aerobios estrictos, por lo que necesitan el oxígeno para sobrevivir. No son capsulados ni esporulados. Otra característica, es que son patógenos móviles debido a la presencia de uno a varios flagelos polares o subpolares que utilizan para desplazarse.

Además, a nivel metabólico, son organismos quimioorganotrofos, es decir, obtienen la energía a través de compuestos orgánicos que consiguen en el medio como lodos, limos, u otros restos vegetales y también a través de huéspedes. Las bacterias de este género necesitan requerimientos nutricionales indispensables para su crecimiento, como son el hierro y la cisteína, ya que favorecen su desarrollo. Se le considera una bacteria auxotrofa para aminoácidos como cisteína, arginina, metionina, icoleucinina, treonina y valina. Es por esta razón, por la que es incapaz de crecer en medios convencionales.

L. pneumophila solo prolifera en medios de cultivo específicos de *Legionella*, denominado BCYE (medio tamponado con extracto de levadura con carbono vegetal enriquecido con L-cisteína y hierro). También, algunos autores señalan que *L. pneumophila* puede metabolizar la glucosa utilizando la vía de Entner-Doudoroff (ED). Con este método obtiene el carbono de la glucosa que después utiliza para sintetizar poli-hidroxitirato, un compuesto que almacena y puede utilizar en el futuro bajo condiciones de déficit de nutrientes.

L. pneumophila solo prolifera en medios de cultivo específicos de *Legionella*, denominado BCYE (medio tamponado con extracto de levadura con carbono vegetal enriquecido con L-cisteína y hierro). También, algunos autores señalan que *L. pneumophila* puede metabolizar la glucosa utilizando la vía de Entner-Doudoroff (ED). Con este método obtiene el carbono de la glucosa que después utiliza para sintetizar poli-hidroxitirato, un compuesto que almacena y puede utilizar en el futuro bajo condiciones de déficit de nutrientes.

Las especies del género *Legionella* tienen la capacidad de sobrevivir y replicarse dentro de protozoos naturales, macrófagos presentes alveolares y en células epiteliales que recubren la mucosa respiratoria de los humanos.

Para sobrevivir tanto en nichos intracelulares como extracelulares, *L. pneumophila* utiliza un ciclo replicativo bifásico, es decir, dependiendo de la cantidad de sustrato en el medio alterna dos formas diferentes en respuesta de estímulos ambientales o metabólicos. Cuando las condiciones en el medio son desfavorables (ej. déficit de nutrientes) se encuentra en **fase transitoria** donde adquiere movilidad y resistencia, es una forma virulenta y altamente infecciosa en la que las bacterias no crecen en medios de cultivo pero conservan características de células viables tales como integridad celular, actividad metabólica o virulencia, en este estado la bacteria está en estado viable no cultivable.

En cambio, cuando las condiciones nutritivas son apropiadas entran en **fase replicativa**, expresa pocos genes de virulencia y carece de todo lo anterior, pero es capaz de replicarse intracelularmente, en este caso, la bacteria está en un estado viable cultivable. En efecto, la replicación de *L. pneumophila* se trata de un mecanismo clave de virulencia en las células humanas. *Legionella* es una bacteria acuática intracelular que sobrevive en entornos naturales aprovechando la relación parasitaria que tiene con amebas de vida libre.

Hasta ahora se conocen cinco géneros de amebas, entre las que suele parasitar se encuentran *Acanthamoeba castellani*, *Hartmanella vermisformis*, *Naegleria spp* y *Dictyostelium discoide* y un género de protozoo denominado *Tetrahymena*. La capacidad de multiplicarse tanto en amebas y protozoos le sirve para multiplicarse también en macrófagos humanos.

Legionella pneumophila posee en su membrana plasmática una serie de proteínas. Entre ellas están las flagelina, que forman parte del flagelo y los polisacáridos que son comunes a todas las bacterias de su género y la peculiaridad de *Legionella* es un sistema de secreción denominado Dot/ Icm o SST4^{12,24}. Este sistema tiene cierta relevancia en todo el ciclo de vida del microorganismo ya que le proporciona protección y resistencia frente a diferentes mecanismos que se producen en las diferentes etapas del ciclo, como por ejemplo en la adhesión y entrada a la célula huésped, e inhibe la fusión del fagolisosoma una vez dentro del huésped y se encarga también de la apoptosis celular. La interacción con las células fagocitarias del huésped se produce en varias etapas.

La bacteria se adhiere a los receptores de la superficie y penetra al interior de la célula hospedadora mediante un mecanismo celular denominado endocitosis

Una vez dentro de ella, se genera un compartimento que envuelve a la bacteria donde queda retenida e intacta, este compartimento vacuolar se llama “*vacuola contenedora de Legionella*” (LCV) y surge de la fusión de endosomas. A los pocos minutos de formarse, la “LCV”, se recubre de orgánulos procedentes de pequeñas vesículas lisas originadas en el retículo endoplasmático rugoso (ER), también se adhieren a ellas mitocondrias y ribosomas, todos procedentes de la célula huésped y comienza a replicarse en el interior de dicha vacuola. Esta vacuola no solo le permite protegerse de la degradación y de ser reconocida por el sistema inmune celular, sino que también le proporciona nutrientes para poder multiplicarse en el interior. Una vez que se produce la replicación intracelular se produce la lisis de la célula liberando al exterior miles de bacterias que posteriormente infectaran a células vecinas. Por tanto, cualquier alteración que afecte a los genes de este sistema será perjudicial para la bacteria y la incapacitará para colonizar futuras células.

Legionella pneumophila es una bacteria ambiental ubicua, distribuida por todo el mundo cuyo reservorio primario son los ambientes acuáticos naturales y artificiales. La podemos encontrar en entornos naturales de agua dulce como ríos, lagos, estanques o aguas termales, es decir, la podemos localizar en cualquier medio acuático excepto en aguas salinas^{12,17}. Además, *L. longbeachae* (especie predominante en Australia) se ha llegado a aislar en tierra húmeda de macetas, por lo que constituye una excepción de este nicho ecológico. Se conocen varios factores importantes que influyen en la proliferación de *Legionella*. Dentro de estos factores la temperatura en su entorno es la variable más determinante. Las bacterias de este género son termotolerantes, lo que las hace capaces de replicarse en un amplio rango de entre 20-45 °C, en el que la temperatura óptima es de 36 °C. Fuera de este rango y por debajo de los 70 °C, *Legionella* no se reproduce, pero está latente, y a partir de los 70 °C muere.

Otro factor a tener en cuenta es la calidad del agua, ya que *Legionella* sobrevive en entornos acuáticos o húmedos⁷. La existencia de agua estancada, o lugares en los que el agua no circula bien provoca que se acumulen nutrientes orgánicos (microorganismos) e inorgánicos (por ejemplo, productos de corrosiones) proporcionando sustento a las bacterias del género *Legionella*. Los lugares en los que confluyan estas circunstancias a la vez tienen una alta posibilidad de que se desarrollen en ellos bacterias del género *Legionella*.

Los factores explicados anteriormente están relacionados con la formación de biopelículas, o también llamados “*biofilms*”¹⁹. Los biofilms son ecosistemas bacterianos heterogéneos compuestos por bacterias, algas, protozoos y más componentes, que se forman cuando dichos microorganismos se unen a superficies inertes donde constituyen una comunidad donde poder vivir y desarrollarse.

La formación de estas estructuras se produce en ambientes naturales y artificiales y en una gran variedad de superficies, sobretodo en superficies de edificios y torres de refrigeración con mantenimiento deficiente. Estos ecosistemas favorecen la proliferación de bacterias porque les proporcionan protección a condiciones desfavorables y resistencia a tratamientos biocidas. De estos reservorios primarios, la bacteria pasa a colonizar los sistemas de abastecimiento y distribución de agua de las ciudades y a través de la red de distribución del agua, se incorpora a los sistemas de agua sanitaria y doméstica. Es por esto que la presencia de biofilms es un factor importante para la supervivencia y crecimiento de las bacterias en los sistemas de agua. Prevenir la formación de biofilms debe ser prioritario, porque una vez que se forman son difíciles de eliminar.

Las bacterias del género *Legionella spp* desencadenan una respuesta inmune innata en el hospedador. Esta respuesta inmune es crítica para controlar la proliferación bacteriana. En los macrófagos, se encuentran tres tipos de receptores, los cuales están implicados en la detección de *L. pneumophila*: los receptores Toll-like (**TLR**) Nod-like (**NLR**) Y RIG-I-like (**RLR**). El receptor TLR, presente en la superficie celular del fagocito reconocen patrones moleculares a *L. pneumophila*, y una vez activado el receptor, se induce una respuesta antimicrobiana. El receptor NLR, presente en el citosol celular, reconoce a la proteína flagelina bacteriana y desencadena complejos proteicos llamados “inflamomas” generando la activación de la enzima específica *captasa-1*. Esta enzima actúa activando las interleucinas inflamatorias encargadas de la formación de poros en la membrana y desencadenando la lisis celular. Este mecanismo de muerte celular es muy favorable ya que limita el progreso de la infección.

Por último, el receptor RLR, reconoce el ADN bacteriano en el citoplasma de la célula huésped, desencadenando la producción de interferón IFN- β . Se cree que la producción de esta proteína es clave para la eliminación de *Legionella*. Además, las células Natural Killer son reclutadas y activadas por citoquinas de los fagocitos mononucleares.

Cabe destacar que las células de la inmunidad adaptativa también son reclutadas y activadas en la fase temprana de la infección, aunque a día de hoy, se desconocen las interacciones entre los diferentes tipos de células del sistema inmune adaptativo en esta infección.

3.2 ASPECTOS CLÍNICOS DE LA LEGIONELOSIS

Las vías de transmisión e infección por *L. pneumophila* científicamente demostradas son la inhalación de aerosoles y la aspiración de agua contaminada. La vía más frecuente es la vía aérea que se transmite por la inhalación de aerosoles o gotas inferiores a 5 μm que puedan penetrar en las vías respiratorias, que contienen la bacteria. Estas microgotas se forman a partir de instalaciones con agua contaminada. La otra vía es la microaspiración de agua contaminada, básicamente tragar agua contaminada con la consiguiente aspiración de la bacteria. En ambas vías, las partículas quedan retenidas en los alveolos de los pulmones siendo, el aparato respiratorio humano la puerta de entrada del microorganismo representando un riesgo inminente. La dispersión de la bacteria por el aire es el único caso que se ha registrado.

Hasta el momento, no existe evidencia científica de transmisión directa de persona a persona. Las notificaciones de casos de *Legionella* se pueden producir durante todo el año, pero tiene una mayor prevalencia a finales de verano y principios de otoño, debido a que las bacterias proliferan mejor en reservorios acuáticos y en los meses cálidos y además es cuando se utiliza más el aire acondicionado.

En la mayor parte de todas las epidemias provocadas por este microorganismo las tasas de ataque siempre han sido superiores en hombres que en mujeres, una relación de 2,5:1. Este dato no se debe a diferencias físico-fisiológicas entre el hombre y la mujer, sino parece ser debido a los hábitos, como podría ser el consumo de tabaco y de alcohol que a su vez provoca enfermedades con afectación pulmonar o enfermedades de base como diabetes o hipertensión, que también aumentan el riesgo de contraer *Legionella*.

Sin embargo, puede darse en cualquier grupo de edad, aunque es infrecuente en niños y adolescentes. Existen evidencias sobre algunos tratamientos que suponen también un riesgo; como la administración de glucocorticoides y quimioterapéuticos, aunque en estos casos se suele prescribir un antibiótico para prevenir infecciones. En resumen, la legionelosis se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad en pacientes susceptibles e inmunodeprimidos. Asimismo, además de estos factores de riesgo, se cree que la cantidad de inóculos que entran en los pulmones, la virulencia de la bacteria, el tipo de intensidad, la duración de la exposición y el estado de salud del huésped pueden influir en el riesgo de enfermar

MICROORGANISMO

L. PNEUMOPHILA

Factores de supervivencia:

- Temperatura
- Ph
- Nutrientes
- Biocapas
- Asociaciones microbianas

Diferentes grados de virulencia

RESERVORIO

- Circuitos de agua fría y caliente
- Depósitos
- Torres de refrigeración
- Duchas
- Humificadores
- Condensadores evaporativos

- Amplificación
- Diseminación
- Dosis infectiva

TRANSMISION

INHALACION AEROSOLES

ASPIRACION

HUESPED

- Predisposición
- Inmunodepresión
- Enfermedad de base
- Edad avanzada
- Uso de glucocorticoides
- EPOC
- Alcohol
- Intubación
- Tabaquismo

La legionelosis es un término genérico que se emplea para referirse a las dos formas clínicas provocadas por las bacterias del género Legionella. Actualmente existen dos presentaciones clínicas de la enfermedad perfectamente diferenciadas; “La fiebre de Pontiac” y “La enfermedad del legionario”. Es posible que esta variabilidad clínica que se presenta guarde relación con la concentración de los inóculos de las bacterias, producción y dispersión de aerosoles, la virulencia de la cepa y con factores del propio hospedador como la edad o la presencia de otras enfermedades.

La Fiebre de Pontiac es una enfermedad leve, sin afectación pulmonar. Se caracteriza por presentar síntomas similares a un cuadro gripal agudo y autolimitado con malestar general, fiebre elevada, intensas mialgias, cefaleas y disnea. El periodo de incubación es corto, suele comprender desde unas pocas horas hasta 48 horas.

Además, la infección evoluciona espontáneamente al cabo de unos días por lo que su pronóstico es leve. Aunque la tasa de ataque es muy alta, ya que en torno al 90% de las personas expuestas a la infección desarrollaran la enfermedad, se desconocen casos de muerte provocadas por esta infección y esta variable de la enfermedad no es lo suficientemente grave por sí sola como para que sea necesaria la hospitalización.

Por otro lado, la “Enfermedad del Legionario” es una patología potencialmente letal, cursa con un cuadro clínico muy variable en el que el síntoma más preocupante es la infección pulmonar. La neumonía por legionella, al igual que otras neumonías atípicas, suelen requerir hospitalización. Esta forma clínica tiene un periodo de incubación de 2 a 10 días y entre los síntomas más frecuentemente documentados están fiebre alta (39°C), cefaleas, malestar general, letargo y disnea. Aproximadamente más de la mitad de los pacientes tienen tos productiva con esputo purulento.

En algunas ocasiones pueden producirse síndromes gastrointestinales tales como náuseas, vómitos y diarreas acompañadas de dolor abdominal. También es probable encontrar trastornos neurológicos como confusión mental, desorientación, etc. Esta enfermedad, presenta una tasa de infección menor que la Fiebre de Pontiac. Oscila entre un 5-10% en los individuos expuestos al aire libre o en viviendas particulares y se sitúa en el 14% en hospitales. El tratamiento efectivo durante la primera semana es crucial, si no se trata a tiempo puede empeorar gravemente su pronóstico.

La muerte por legionelosis suele ser provocada por una insuficiencia respiratoria que conlleva un fallo multiorganico, condición que se ve muy agravada si concurren a la vez otros problemas respiratorios. En pacientes normales inmunocompetentes su pronóstico suele ser bueno con una tasa de mortalidad inferior al 1% pero en individuos inmunodeprimidos o con otras enfermedades respiratorias la tasa de mortalidad puede llegar a situarse entre un 40-80%.

Diferencias destacables entre las dos presentaciones clínicas de la legionelosis.

FIEBRE DE PONTIAC

- **LEVE**
- **NO AFECTACION PULMONAR**
- **CUADRO GRIPAL AGUDO :**
 - Mal estado general
 - Fiebre
 - Mialgias y artralgias
 - Cefaleas
 - Disnea

PERIODO DE INCUBACION:48 HORAS

NO REQUIERE HOSPITALIZACION

BUEN PRONOSTICO

ENFERMEDAD DEL LEGIONARIO

- **GRAVE**
- **AFECTACION PULMONAR**
- **NEUMONIA:**
 - Fiebre $\geq 39^{\circ} \text{C}$
 - Tos productiva
 - Esputo purulento
 - Clínica gastrointestinal
 - Clínica neurológica

PERIODO DE INCUBACION:2 A 10 DIAS

REQUIERE HOSPITALIZACION

MAL PRONOSTICO

Como se ha dicho en apartados anteriores la legionelosis se puede presentar de dos formas clínicas la fiebre de Pontiac (forma no neumónica de pronóstico leve) y enfermedad de legionario (forma neumónica con un pronóstico más severo). Cuando se presenta la enfermedad no neumónica, no se requiere terapia antibiótica sino tratamiento sintomático para atenuar los síntomas ocasionados. Por el contrario, la enfermedad del legionario sí hace necesaria la administración de un antibiótico adecuado, previamente confirmado el diagnóstico. Los agentes antimicrobianos que se utilizan tienen que ser capaces de alcanzar elevadas concentraciones intracelulares y penetrar intracelularmente. Los antibióticos con poca penetración intracelular no son adecuados.

Antiguamente, la eritromicina era el tratamiento de elección frente a *Legionella* spp., ya que fue utilizada en el primer brote epidémico acaecido en 1957 que según un estudio retrospectivo dio lugar a una disminución de la mortalidad en los pacientes tratados.

Sin embargo, la eritromicina ha sido reemplazada por nuevos antibióticos con alta acción intracelular y con menos efectos secundarios. Actualmente se recomiendan para el tratamiento de la legionelosis, los macrólidos (azitromicina y claritromicina) que actúan inhibiendo la síntesis de proteínas y las fluoroquinolonas (levofloxacino, ciprofloxacino y ofloxacino) que inhiben la síntesis de ADN. En algunos casos también se ha utilizado rifampicina, que inhibe la RNA polimerasa bacteriana. Según estudios comparativos experimentales y observacionales entre fluoroquinolonas y macrólidos, las fluoroquinolonas parecen ser el remedio más eficaz frente las bacterias del género *Legionella*. Se llegó a la conclusión de que la terapia con fluoroquinolonas reduce significativamente las estancias hospitalarias y se apreció una reducción de la mortalidad, un mayor tiempo de apirexia, y una mejoría clínica más rápida. Además, las fluoroquinolonas presentan menos efectos adversos que los macrólidos.

Para diagnosticar cualquier infección causada por bacterias del género *Legionella* se debe prestar atención a la sintomatología de la enfermedad, ya que desde el punto de vista clínico la neumonía que se produce es indistinguible de otras neumonías atípicas, por lo que se debe recurrir a métodos radiológicos en busca de hallazgos compatibles con pulmonía. También son muy necesarios las pruebas de laboratorio, ya que su análisis es el que va a confirmar o no el diagnóstico. A continuación, se presentan los métodos de detección actuales para diagnosticar infecciones por el género *Legionella* en humanos.

El aislamiento de microorganismos mediante cultivo es un método de referencia que permite obtener microorganismos para el diagnóstico microbiológico y también para realizar estudios epidemiológicos y taxonómicos. Permite aislar el microorganismo tanto en muestras clínicas (esputo, aspirados bronquiales, biopsia pulmonar, sangre) y ambientales utilizando medios de cultivo adecuados.

Para este tipo de muestras se utiliza el medio de cultivo BCYE que proporciona nutrientes esenciales y un pH óptimo para el desarrollo de Legionella. Para obtener el aislamiento de bacterias, la placa de cultivo se incubaba a 37°C con oxígeno, humedad al 2,5% de CO₂, los resultados se obtienen a los 10 días. Las colonias que se pueden obtener en el cultivo son pequeñas, brillantes y con colores que oscilan entre grises y azuladas. Esta prueba tiene algunos contratiempos: no es una técnica de diagnóstico rápido, ya que se debe incubar durante 10 días. Además, esta técnica no puede detectar la bacteria en fase transmisora, y en algunos casos puede contaminarse con microbiota saprófita, lo que dificulta el aislamiento. Con esta prueba se obtiene una sensibilidad del 70% y una especificidad del 100%.

La serología por inmunofluorescencia indirecta se trata de un método para detectar anticuerpos específicos contra Legionella presentes en suero. Este método estudia la presencia de anticuerpos en dos fases; la fase aguda y la fase de convalecencia de la enfermedad. En la fase aguda la prueba se considera positiva cuando los anticuerpos son superiores A 1/256 en suero. En la fase de convalecencia se considera positiva cuando se produce un elevado número de anticuerpos, y también si son igual o superior a cuatro veces al resultado registrado en la fase aguda. También se considera resultado positivo cuando se produce una seroconversión, es decir, la primera negativa y la segunda positiva. Esta prueba tiene baja sensibilidad por las reacciones cruzadas que se pueden producir entre las distintas especies. Según la OMS Y el CDC, el uso de la serología para confirmar Legionella en Europa, se redujo un 60% en la que ha sido remplazada por la antigenuria en orina.

La detección de antígeno en orina se trata de una técnica de detección rápida, barata y la más utilizada. Se puede realizar mediante dos métodos diferentes, por el método de ELISA (ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas) o por una prueba rápida de inmunocromatografía. Es una técnica rápida, en el caso de ELISA los resultados se obtienen a las tres horas y con la prueba rápida de inmunocromatografía a los quince minutos. El antígeno se puede detectar desde el comienzo de los síntomas y persiste varias semanas. Incluso se puede seguir el efecto del tratamiento antibiótico y se puede confirmar la remisión de la enfermedad. El único inconveniente es que es un método específico para diagnosticar la infección por *L. pneumophila* serogrupo 1. Esta prueba diagnóstica presenta una sensibilidad del 70% y una especificidad del 100%. Gracias a este método, la confirmación de los casos de Legionella se realiza muy rápido y posibilita la aplicación de un tratamiento antibiótico precoz, que como ya había mencionado, es clave para la resolución de la enfermedad.

La Inmunofluorescencia directa se trata de una técnica rápida que permite visualizar bacterias en muestras patológicas. Posee una sensibilidad baja de 25-75%, porque se pueden interpretar falsos positivos debido a reacciones cruzadas con otros microorganismos por lo que un resultado positivo con este método no se considera completamente fiable.

Las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR) es una técnica que permite la detección de ADN de Legionella en muestras humanas y ambientales. Consiste en amplificar los ácidos nucleicos mediante la aplicación de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Hoy en día se está desplazando el uso de PCR y se está utilizando "PCR a tiempo real (=qPCR)" ya que esta nueva técnica puede realizar el diagnóstico directo en pocas horas y nos permite cuantificar el número de bacterias presentes en las muestras en un plazo muy corto. Se trata de pruebas muy específicas y poseen una sensibilidad alta, del 70% similar a la de los cultivos para detección de especies de Legionella.

3.3 MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS

Actualmente, no existe ninguna vacuna disponible frente la legionelosis. La aplicación de las medidas de prevención está regulada por reglamentos estatales y regionales. En España, el RD 865/2003 por el que se establecen los criterios higiénico-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis se encarga de estipular los principios generales de prevención que hay que establecer para minimizar el riesgo de la infección.

La legionelosis se puede adquirir tanto en el ámbito comunitario como el hospitalario, por lo que las alternativas existentes de prevención tienen que hacer énfasis en ambos entornos. Estas medidas se basan en evitar las condiciones que permiten la colonización, multiplicación, proliferación y dispersión de *Legionella* mediante controles periódicos de temperatura y desinfección del agua.

Las medidas generales de prevención serán, en primer lugar, evitar la entrada del microorganismo al sistema o instalación, en segundo lugar, vigilancia continuada de las condiciones de conservación y calidad fisicoquímica del agua y, por último, que la instalación tenga ubicación y diseño adecuado.

En el ámbito comunitario, las labores encaminadas a reducir los riesgos de contaminación, proliferación y dispersión de la bacteria en los sistemas e instalaciones serían:

- Actuar en la fase de mantenimiento de los sistemas para realizar acciones de limpieza, desinfección y control de temperatura.
- Realizar una valoración del riesgo de las instalaciones y adoptar medidas para prevenir o disminuir el riesgo.
- Modificar el diseño de las instalaciones para facilitar la accesibilidad de los equipos para su desinfección.

En el ámbito hospitalario, hay que tener en cuenta que en los hospitales se encuentran individuos con riesgos altos de enfermar en los que la peligrosidad de la infección se incrementa. Además, es necesario recalcar, que se estima que el 30% de la legionelosis son infecciones nosocomiales y que están asociados con una contaminación del sistema de distribución de agua del hospital. En este ámbito las medidas preventivas tienen que ser más rigurosas, es por ello que además de las medidas generales y las empleadas en la comunidad, en los hospitales se debe de minimizar la contaminación de los equipos utilizados en terapias respiratorias como son los nebulizadores, humidificadores y respiradores, además de otros equipos que están en contacto con vías respiratoria ya que se han dado casos de infección de legionelosis debido a la utilización de equipos de terapias respiratorias.

Según el Real Decreto vigente en nuestro país, para lograr el control y erradicación de las bacterias se deben de aplicar tratamientos desinfectantes en las instalaciones de riesgo de distribución de agua, en las que se emplearan desinfectantes autorizados por la dirección general de salud pública que no deben suponer riesgos ni para las instalaciones ni para la salud de los usuarios (RD 865/2003). Dentro de estos desinfectantes se encuentran los locales que van dirigidos a una porción del sistema, como es la purificación por luz UV, método rápido que actúa interfiriendo en la síntesis de ADN celular y los sistémicos, dirigidos a todo el sistema de agua tanto en sitios distales como estancados, entre ellos se encuentran la ionización cobre-plata, la hiperclonación, el ozono y el choque térmico. En definitiva, las medidas de prevención deben basarse en el correcto funcionamiento de las instalaciones de agua, por lo que es vital que el diseño, instalación y mantenimiento sean acordes con la legislación vigente.

El agua fría no debe superar los 20°C, debiendo estar su infraestructura alejada de fuentes de calor, y el agua caliente no debe bajar de los 50°C. Para impedir la presencia de lodos y la acumulación de materia orgánica, la instalación de agua debe estar libre de tramos ciegos por los que el agua circule con dificultad y también de obstáculos. Igualmente, los depósitos de agua y las torres de refrigeración deberán ser higienizados regularmente y clorados apropiadamente para evitar la proliferación de microorganismos (RD 865/2003).

Hay que tener en cuenta que los desinfectantes no tienen mucha capacidad de penetración y no son muy efectivos porque actúan en capas superficiales y sus efectos no se mantienen en el tiempo, es decir, pasado un tiempo las instalaciones se pueden volver a colonizar. De manera que, es difícil disponer de métodos eficaces de prevención y control de legionelosis por dos motivos; porque la bacteria se encuentra en el medio ambiente y porque es mucho más resistente que otras bacterias a las acciones fisicoquímicas que se emplean.

Si se aplican estas medidas se favorecerá ampliamente la reducción del riesgo de colonización por *Legionella* y la prevención de la aparición de casos esporádicos como también de brotes. Finalmente, se debe subrayar que *Legionella pneumophila* es una bacteria ambiental que se encuentra en la naturaleza y por ello es imposible erradicarla.

3.4 IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA

La legionelosis es adquirida tanto en la comunidad como en los servicios sanitarios (hospitales, residencias de ancianos, etc.). La letalidad ha disminuido en los últimos años. Éste descenso probablemente sea debido al empleo adecuado de pruebas diagnósticas, tratamientos precoces y eficaces. Pero hoy en día, se siguen dando brotes y casos esporádicos.

El personal de enfermería tiene el objetivo de influir en la población expuesta para prevenir la enfermedad mediante una educación sanitaria para así, concienciarlos de los factores de riesgo y evitar posibles infecciones tanto en la comunidad como en los hospitales.

Un ejemplo de la importancia de la enfermería para el control de la legionelosis son los casos de legionelosis debido a equipos de terapia respiratoria, ya que estos equipos generan aerosoles. Se debe dar mucha importancia a la esterilización y desinfección de todo equipo reutilizable después de cada uso. Además, no se recomienda utilizar agua corriente, sino agua estéril en los equipos que se vayan a utilizar en el tracto respiratorio.

A nivel comunitario, se debe de realizar programas preventivos para la salud para concienciar a la población expuesta sobre los focos críticos donde se puede encontrar la bacteria y asumir que la población alcance mejores niveles de actuación.

El personal sanitario tiene que realizar unas acciones en los distintos niveles de prevención.

1. Prevención primaria: A nivel hospitalario, la enfermera debe estar bien instruida en el buen uso y mantenimiento de los equipos de riesgo. Debe aprovechar su buena instrucción para transmitir conocimientos a los trabajadores del hospital, a los facultativos debe informarles sobre la cadena epidemiológica de la enfermedad y los factores de riesgo. Al personal de mantenimiento debe mantenerle informado sobre medidas de control eficaces. También debe realizar actividades de educación continuada en el personal técnico con el fin de aumentar los conocimientos higiénico-sanitarios. Además, se deberá vigilar a pacientes vulnerables con riesgo alto de adquirir la enfermedad y educarles sobre la importancia de esta infección, para que ante los primeros síntomas acudan a un centro hospitalario y así localizar y controlar los brotes. La prevención primaria es el ámbito más importante para evitar la aparición de casos y los brotes de legionelosis, por lo que debe tenerse muy en cuenta.

2. Prevención secundaria: El profesional sanitario debe emplear métodos diagnósticos eficaces lo antes posible para detectar la infección en estadios precoces para impedir el progreso de la enfermedad y evitar complicaciones.

3. Prevención terciaria: La enfermera debe encargarse de instaurar un tratamiento prescrito por un facultativo y medidas encaminadas a evitar la aparición de secuelas propias de la enfermedad.

4. CONCLUSIONES

La legionelosis es una enfermedad infecciosa de origen ambiental, considerada una de las principales enfermedades emergentes a nivel mundial, ya que presenta una elevada tasa de mortalidad y morbilidad.

Esta bacteria siempre ha estado presente en ambientes naturales, pero la construcción de instalaciones complejas acuáticas y artificiales que proporcionan un hábitat a la bacteria, han hecho que se acerque al hombre, provocando que la bacteria prolifere y se disemine ocasionando casos aislados y brotes epidemiológicos. En los últimos años, se encuentra disponible más información sobre la enfermedad y es conocida para la mayoría de la gente, pero la población sigue sin ser consciente de la mayoría de lugares de riesgo y de otros datos de la Legionella. El avance científico para luchar contra la enfermedad debe ir acompañado de un conocimiento de la misma por parte de la población para ser más efectivo. La prevención es un elemento clave para llevar al mínimo posible la incidencia de la infección, y debe ser una de las prioridades de las autoridades sanitarias ya que, actualmente, la Legionella es responsable de una gran parte de los casos de neumonía adquirida.

La prevención de la enfermedad depende de la aplicación de medidas de control que minimicen la proliferación y difusión de los riesgos, aunque es imposible erradicar la fuente de infección, sí se pueden reducir los riesgos. La investigación y la educación contribuirá en una mejor y mayor vigilancia para hacer un diagnóstico y disminuir el número de casos de legionelosis. Un punto en el que también existe margen de mejora son las pruebas diagnósticas para detectar la enfermedad. Se está investigando, buscando aumentar la sensibilidad de los métodos, pero actualmente, ya existen pruebas diagnósticas mucho más determinantes y económicas que otras, y siguen usándose ambas. Por lo que además de continuar las investigaciones, deberían desechar las peores y potenciar las mejores. Esto supondría un gran avance en la detección de Legionella, y podría cambiarse en un corto plazo de tiempo.

En España, el último brote acaecido se produjo en la localidad de Manzanares, donde cuatro personas murieron debido a un foco con origen en una fuente ornamental de la ciudad. Según el RD 865/2003, estas fuentes son consideradas de bajo riesgo de proliferación y dispersión por lo que se debería modificar el Real Decreto o redactar un nuevo e incluirlas en las instalaciones de alto riesgo para que así se realicen más inspecciones y controles periódicos.

Sin embargo, es importante que la población expuesta, conozca las instalaciones de riesgo y las consecuencias que conlleva la enfermedad. Sería una buena idea señalar los puntos de riesgo de infección de dominio público como las fuentes ornamentales, los lagos, torres de refrigeración, etc. informando de que es un punto de riesgo y de que está sometido a continuos controles.

5. BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:**Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. Legionella. En: Alberto Delgado-Iribarren García-Campos. Microbiología Médica.6ª Edición. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.p:365-369
- **Artículo de revistas:**McDade JE, Brenner J, Marilyn F. Legionnaires´ diseases bacterium isolated in 1947. Annals of internal medicine.1979; 90:659-661
- Nogereda R, Cano R, Simon F, Gomez–Barroso D, Pina MF, Del Barrio JL. Patrón espacial de la legionelosis en España, 2003-2007. Gac Sanit. 2011;25 (4):290-295.
- Zhiganz Z, Xinimmin L, Luzeng C. Chest radiographic characteristics of community – acquired Legionella pneumophila in the elderly. Chin Med J.2014: 127(12):2270-2274.

- Mercante JW, Winchell JM. Current and emerging Legionella diagnostics for laboratory and outbreak investigations. Clin microbial Rev. 2015; 28(1):95-133.
- Gea-izquierdo E, Mezones-Holguín E, Haro-García L.. Acciones de prevención y control de la legionelosis : actions for legionellosis prevention and control : a challenge for public health in Spain. 2012;29(2):2–4.
- Vaqué RJ, Martínez X. Epidemiología de la legionelosis. Med Integral. 2002; 40(6):271-181.
- Whiley H, Bentham R. Legionella longbeachae and legionellosis. 2011;17(4): 570-583.
- Newton HJ, Hartland E, Driel IR, Molecular pathogenesis of infections caused by Legionella pneumophila. Clin. microbiol. Rev. 2010; 23(2):274-298.
- Abdel-Nour M, Duncan C, Low DE, Guyard C. Biofilm: the stronghold of Legionella pneumophila .Int. J. Mol. Sci. 2013;14(11):21660-21675.

- Mercante JW, Winchell JM. Current and emerging Legionella diagnostics for laboratory and outbreak investigations. Clin Microbiol Rev. 2015; 28(1):95-133.
- Jamilloux Y, Jarraud S, Lina G, Etienne J, Ader F. Legionella, légionellose. 2012;28:639-645.
- Tai J, Benchekroun MN, Ennaji MM, Mekhour M, Cohen N. Nosocomial Legionnaires' Disease: Risque and Prevention. Frontiers in Science 2012;2:62–75.
- Edelstein PH. Legionella. En: Versalovic J. Manual of clinical microbiology. 11^o Ed. Washington DC. 2011. 770-785.
- Zhiganz Z, Xinimmin L, Luzeng C. Chest radiographic characteristics of community – acquired Legionella pneumophila in the elderly. Chin Med J. 2014; 127(12):2270-2274.

Documentos legales: Real Decreto 865/2003, de 4 de Julio, por el que se establecen los criterios higiénicos-sanitarios para la prevención y control de la legionelosis. Boletín Oficial del Estado, nº171,(18-7-2003).

Pagina WEB: Organización Mundial de la salud, Legionella and Prevention of legionelosis, Who, Génova, Switzerland, 2007.

Instituto Nacional de Estadística. Casos notificados por CCAA, periodo y enfermedad. Serie 2012-2014.

TEMA 32. LA NUTRICIÓN Y SUS PATOLOGÍAS ASOCIADAS.

**MARIA VICTORIA MUTUBERRIA DIAZ
ELENA GARCÍA MENÉNDEZ**

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN

**2.- PRINCIPALES ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA
NUTRICIÓN**

3.- VALORACIÓN FINAL

4.- BIBLIOGRAFIA

1.- INTRODUCCIÓN

La nutrición junto con la actividad física regular es un pilar fundamental de nuestro bienestar, de ello depende el equilibrio de todo nuestro organismo. La esperanza de vida es mayor actualmente en países desarrollados como el nuestro y debemos cuidarnos mejor para poder disfrutar mas y padecer lo menos posible.

La definición podría ser muy amplia como lo que implica para el equilibrio del organismo. Hay muchas definiciones y todas acertadas, pero desde distintos puntos de vista.

Los procesos implicados con la asimilación del medio de sustancias solidas o liquidas por el organismo para poder llevar a cabo las funciones de desarrollo y mantenimiento de los procesos vitales, a través de la integridad celular y de los tejidos.

Estos procesos y sus desequilibrios son la absorción, digestión, metabolismo y eliminación de alimentos.

Cada vez mas personas hacen conciencia de la nutrición y de la capacidad de los alimentos para prevenir enfermedades cronicas degenerativas, mantener la salud y lograr un aspecto físico saludable, así como una mejor vida.

2.- PRINCIPALES ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN.

Nombraremos algunas de ellas, las mas comunes, ya que directa o indirectamente llegaría a todo nuestro organismo. Todas relacionadas con la nutrición, con dietas saludables.

CARIES.-Es una afección crónica muy frecuente, descrita como la destrucción del diente, de manera parcial o total, y relacionada habitualmente con la bacteriana, favorecida por agentes químicos irritantes como los azucares, los almidones y los ácidos externos, así como los producidos directamente por las bacterias.

OBESIDAD.-Para la OMS la obesidad y el sobrepeso se definen como un exceso en la acumulación de grasa, con daño a la salud.

DIABETES.- Es una de las enfermedades endocrinológicas crónicas más comunes. Sus causas son genéticas, multifactoriales o ambas, cuyos efectos orgánicos se relacionan con el desequilibrio glucémico. Hay varios tipos.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL.- Enfermedad crónica cardiovascular importante. Es la elevación de la presión arterial por encima de ciertos valores establecidos y de manera persistente. El corazón es uno de los órganos más afectados por la hipertensión, y las manifestaciones más comunes asociadas a la misma son: arterial, cardíaco, renal y ocular.

ARTERIOSCLEROSIS.- Enfermedad crónica en la cual existe un engrosamiento, endurecimiento y pérdida de la capacidad elástica de las arterias resultando una alteración de la circulación pueden dar roturas de arterias, aneurismas de la aorta...etc.

ATEROSCLEROSIS.- Hace referencia a un tipo mas selectivo de arteriosclerosis, en el cual ocurre un deposito de glóbulos blancos y grasa en las paredes de las arterias, con el posterior riesgo de rotura y muerte, Los órganos que pueden afectar son: corazón, cerebro, brazos, piernas, pelvis y riñones.

Toma dimensiones mayores al estar en intima relación con el estilo de vida de la población .

CÁNCER.- La definición de cáncer implica mas que el crecimiento anárquico de las células en alguna región del organismo con gran invasividad. Se ha estudiado ampliamente el efecto que presenta la nutrición sobre la génesis del cáncer. Se refiere que hasta el 30% de los canceres podrían estar en relación con el tipo de alimentación.

3.- VALORACIÓN FINAL

Hablar de vida saludable es hablar de salud. Hablar de vida saludable es hablar de salud. Saber que lo que puede empezar por una complicación en un órgano se puede extender a otros con el consiguiente peligro para nuestra salud, de un poco se puede llegar a un mucho.

En la actualidad la información es mucho mejor y las campañas de prevención , aunque todavía algo escasas siempre son positivas. Los alimentos tienen menos nutrientes debido a todos los conservantes y las transformaciones que llevan, al estar mas informados de ello se intentan hábitos mas saludables y naturales. Nunca deberíamos poner como obstáculo nuestra actividad diaria, económica, falta de tiempo..etc., pues esto no lo impide

Se debe empezar por la infancia, ya se estudia mas la nutrición de los niños en los colegios por especialistas. La publicidad, información, tener fuerza de voluntad y sobretodo tener ganas de una mejor vida forman parte de la prevención. Aquí se habla de países desarrollados , donde tenemos de todo y es mucho mas fácil, los países llamados subdesarrollados la desnutrición es lamentablemente una constante en sus vidas,.

Desde el punto de vista practico, el ejercicio realizados por los servicios de enfermería es muy importantes, pues son los encargados de ejecutar y orientar los dictámenes asistenciales en materia de nutrición.

4.-BIBLIOGRAFÍA

<http://www.rcr19.es/nutricion/>.

http://dentistamonterrey.mx/blog_50077_Caries-repercuten-en-el-cuerpo.html

<http://www.azvascular.com/atherosclerosis/>.

http://lse.mundosigno.com/campus/guia_diabetes/control.html

<http://bienestar.salud180.com/salud-dia-dia/descubre-el-abc-de-la-hipertension-arterial>

<http://www.azvascular.com/atherosclerosis/>.

<http://lbe.uab.es/vm/sp/materiales/bloque-3/salud/medclin-cancerigenos-dieta.pdf>

Web: OMS, organización mundial de la salud.

<https://medlineplus.gov/spanish>

<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>

<http://www.meiga.info/escalas/obesidad.pdf>

<http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>

http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAI/PCAI%2011%20HTA.pdf

http://www.gencardio.com/upload/gencardio_noticia/especial-cardiologia.pdf

http://www.anep.edu.uy/anep/phocadownload/Publicaciones/Departamento_Odontologico/caries.pdf

<https://www.centrosaludnutricional.com/revistas-cientificas-alimentacion-nutricion-y-dietetica-24>

- Artículos publicados del Dr. Kelvin Piña Batista, neurocirujano del Hospital Universitario Central de Asturias.
- Experiencia propia con servicio endocrinología de Hospital Universitario San Agustín, de Avilés
- Revista española de nutrición humana y dietética

**TEMA 33. GESTIÓN DE RESIDUOS
SANITARIOS
MINIMIZACION Y MANIPULACIÓN DE
RESIDUOS TIPO II.**

**ANDREA GARCIA FLOREZ
VANESA GALLARDO MUÑIZ**

ÍNDICE

- **Introducción**
- **Resultados:**
 - **- Definición**
 - **- Ejemplos de residuos**
 - **- Minimización**
 - **- Manipulación**
- **Conclusión**
- **Bibliografía**

INTRODUCCIÓN

Se entienden por residuos sanitarios todos aquellos que se generan durante el desarrollo de actividades en centros sanitarios, por ejemplo, vendas con restos de sangre, materiales de un solo uso y yesos.

Se incluirán también los generados en centros farmacéuticos, veterinarios o de investigación

RESULTADOS:

- **Definición:** Se entiende por residuos sanitarios del grupo II, o residuos sanitarios asimilables a domésticos, todos los producidos como consecuencia de la investigación, asistencia o práctica sanitaria que no sean consideradas dentro del grupo de residuos sanitarios peligrosos.

Para la gestión correcta debe hacerse de manera distinta a la que haríamos para los residuos del grupo I con la intención de prevenir riesgos tanto para los trabajadores como el personal.

- **Ejemplos de residuos:** Para poder diferenciar bien entre estos residuos mencionaremos ejemplos enumerandolos:

1- Residuos que no presentan ningún tipo de requisito especial en cuanto a la prevención de infecciones.

- * Restos de curas, bolsas de orina vacías, yesos, sondas, ropa desechable, pañales, etc.

- *Objetos punzantes y cortantes que no hayan estado en contacto o expuestos a materiales infecciosos.

- *Residuos de hemodialisis que no sean de pacientes que estén contaminados por virus de transmisión sanguínea

- *Sangre y hemoderivados en forma líquida (por lo general cantidades menores a 100ml.)

- *Residuos de liposucción con alto contenido en grasas

- *vacunas inactivas.

2- Residuos de productos químicos no peligrosos

3- Medicamentos a excepcion de los citotoxicos y citoestaticos:

- *Medicacion en mal estado o con mala conservacion.

- *Medicacion sin identificacion, sin numero de lote o sin fecha de caducidad.

- *Medicacion tipo jarabe, colirios y demas que no tengan puesta su fecha de apertura.

- * Medicamentos caducados.

- *Restos de medicacion dejados de otros pacientes.

-Minimización: La minimización es la organización y el conjunto de medidas que disminuyen la cantidad y la peligrosidad de los residuos generados. Estas medidas tienen que ser valoradas en dos aspectos: económico y técnico. Del conjunto de medidas que podemos tomar al minimizar veremos alguno a modo de ejemplo:

*Planificación adecuada de compra de productos evitando grandes cantidades que podrían caducar; como ejemplo

*Valorar los residuos que se generen como pueden ser: papel, envases de cartón o plástico, latas, etc.

-Manipulación: Para la manipulación de los residuos son necesarias las medidas para garantizar la protección de pacientes y trabajadores. Los riesgos más graves en la manipulación de los residuos se suelen producir durante su carga y descarga y su transporte. Tomaremos las siguientes precauciones:

- * No hacer trasvases de residuos.

- * No comprimir las bolsas ni con manos ni con pies.

- * Las bolsas de plástico no deben ser arrastradas sino que acercaremos el carro todo lo posible al lugar de recogida

- * Cuando los envases sean perforables se deberán coger por la parte superior y mantenerlos suspendidos y alejados del cuerpo para evitar accidentes causados por residuos cortantes mal envasados

- * El personal que se dedique a la manipulación de estos residuos deberá usar guantes que impidan el contacto directo con piel

CONCLUSIONES

El primer paso en los procesos de gestión de residuos será la minimización de estos residuos y, en la medida de lo posible, los conceptos de higiene, seguridad y buenas prácticas en el proceso de manipulación. Durante los últimos años ha aumentado la cantidad de residuos que generamos debido al aumento de materias desechables. La gestión adecuada permite disminuir el posible riesgo hacia la salud y hacia el medio ambiente. Deberíamos considerar el uso de productos desechables únicamente cuando se plantee un grave peligro de infección.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ministerio para la Transición Ecológica. Prevención y Gestión de Residuos [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 12]. Available from: <https://www.miteco.gob.es/es/calidad-y-evaluacion-ambiental/temas/prevencion-y-gestion-residuos/>
2. Asociación Española para la Calidad. Residuos sanitarios [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 05]. Available from: <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/residuos-sanitarios>
3. Asociación Española para la Calidad. Residuos sanitarios [Internet]. 2019 [cited 2019 Jun 09]. Available from: <https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/residuos-sanitarios>
4. Achau Muñoz R, Gaspar Carreño M, Ponce Sillas A, Márquez Peiró JF, Agún González JJ, Santos Sánchez JC, et al. ¿Podemos hablar de la existencia de “productos sanitarios peligrosos”? Farm Hosp [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 12];41(4):571–2. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432017000400571&script=sci_arttext&tlng=en

TEMA 34. RELACIÓN ENTRE LACTANCIA MATERNA Y MALOCLUSIÓN. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

NIEVES SERRANO CERDÁ

ÍNDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCIÓN
- MATERIAL Y MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

Introducción

La maloclusión es un trastorno del desarrollo del sistema maxilofacial que tiene un impacto en la reciprocidad de las mandíbulas, los dientes y los tejidos blandos. La lactancia materna es un hábito nutritivo de succión que protege contra la maloclusión en la dentición primaria . Sin embargo, no se ha establecido un consenso sobre este tema en la literatura.

El objetivo de este trabajo es determinar si la lactancia materna es beneficiosa en el correcto desarrollo de las arcadas dentarias y si protege contra la maloclusión.

RESUMEN

Material y método

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed. Se utilizaron las siguientes palabras clave: breastfeeding, malocclusion, development. Tras la búsqueda inicial se localizaron 114 artículos de los cuales se seleccionaron 16 siguiendo los criterios de inclusión.

Resultados

La lactancia prolongada puede tener un efecto protector en el desarrollo de la mordida cruzada posterior y la mordida abierta anterior. Se ha dicho que una mayor duración de la lactancia materna disminuye el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos.

INTRODUCCIÓN

La maloclusión es un trastorno del desarrollo del sistema maxilofacial que tiene un impacto en la reciprocidad de las mandíbulas, los dientes y los tejidos blandos (1)

Dichos trastornos pueden aparecer en la dentición primaria, donde las condiciones más prevalentes son la mordida abierta anterior y la mordida cruzada posterior. La maloclusión causa trastornos funcionales y estéticos en los individuos afectados, y el tratamiento suele ser difícil. (2)

La succión, la deglución, la masticación y el habla son aquellas funciones orofaciales que no solo estimulan el desarrollo y el crecimiento del sistema maxilofacial, sino que también pueden tener un impacto en el patrón de crecimiento y la posición de los dientes. (1)

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna es un hábito nutritivo de succión que protege contra la maloclusión en la dentición primaria . Sin embargo, no se ha establecido un consenso sobre este tema en la literatura .

Algunos autores afirman que la lactancia prolongada disminuye el riesgo de maloclusión, La musculatura oral y peri-oral, especialmente los labios, las mejillas y la lengua, están bien desarrolladas en un recién nacido. Además de afectar el crecimiento y el desarrollo armoniosos de las mandíbulas, también guían el desarrollo oclusal y ayudan a establecer una correcta relación inter-maxilar.

La succión realizada por el niño durante la lactancia materna es más fisiológica y promueve un mejor desarrollo orofacial. En la literatura, una mayor duración de la lactancia materna a menudo se ha asociado con una incidencia reducida de maloclusiones. (3)

INTRODUCCIÓN

Además de las implicaciones oro-faciales, la menor duración de la lactancia materna en un niño también se ha asociado con una salud inferior, un desarrollo psicológico retardado y un estado inmunológico inferior. La lactancia materna estimula el crecimiento y desarrollo craneofacial normal y evita que el niño se deje llevar por hábitos de succión no nutritivos. (3)

Otros autores sin embargo no han encontrado tal asociación. Además, no hay consenso sobre el tiempo durante el cual los niños recién nacidos deben ser amamantados, ya que algunos estudios informan que seis meses son suficientes y otros informan de la necesidad de períodos más prolongados (6 a 12 meses). (4)

El objetivo de este trabajo es determinar si la lactancia materna es beneficiosa en el correcto desarrollo de las arcadas dentarias y si protege contra la maloclusión.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos Pubmed. Se utilizaron las siguientes palabras clave: breastfeeding, malocclusion, developmemt. Los criterios de inclusión fueron: que los artículos fueran de acceso libre, que incluyeran las palabras clave, una antigüedad menor a 10 años y una relación directa con el tema. Los criterios de exclusión fueron: el año de publicación, que no tuvieran relación directa con el tema a tratar.

Tras la búsqueda inicial se localizaron 114 artículos de los cuales se seleccionaron 14 siguiendo los criterios de inclusión.

RESULTADOS

Varios estudios afirman que la lactancia prolongada puede tener un efecto protector en el desarrollo de la mordida cruzada posterior y la mordida abierta anterior. Se ha dicho que una mayor duración de la lactancia materna disminuye el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos. (1,5, 6)

Otro estudio sin embargo defiende que la lactancia prolongada protege contra la mordida cruzada posterior pero no contra otro tipo de maloclusiones como la mordida abierta anterior. (7)

RESULTADOS

Por el contrario otro artículo afirma que los niños no amamantados presentan una probabilidad significativamente mayor de tener mordida abierta anterior en comparación con los que fueron amamantados por períodos de más de 12 meses, lo que demuestra la influencia beneficiosa de la lactancia materna en la oclusión dental. (8)

En otro estudio en el que se midieron datos cefalométricos se concluyó que los niños amamantados durante más de 6 meses tuvieron una mayor protuberancia media de Incisivos mandibulares e inclinación de los incisivos maxilares en comparación con niños que fueron amamantados durante 6 meses o menos. Los niños amamantados durante más de 6 meses también presentaron una mayor protrusión media de los incisivos mandibulares e inclinación de los incisivos maxilares en comparación con niños alimentados con biberón. (9)

RESULTADOS

La lactancia materna predominante en este estudio se asoció con una menor prevalencia de OB (overbite), OJ (overjet) y MSM (maloclusión moderada o severa). Se observaron los mismos hallazgos entre la lactancia materna exclusiva y la mordida cruzada. Se encontró una menor prevalencia de OB entre los niños expuestos a la lactancia materna exclusiva de 3 a 5,9 meses (33%) y hasta 6 meses (44%) de edad. Los que fueron amamantados exclusivamente de 3 a 5,9 meses y hasta los 6 meses de edad mostraron una prevalencia de MSM del 41% y 72% menor, respectivamente, que los que nunca fueron amamantados. (10)

RESULTADOS

La lactancia materna pura durante más de 6 meses se asocia positivamente con el desarrollo del arco dental primario en el segmento dental sagital anterior y en el ancho del arco horizontal en la dentición primaria. Por lo tanto, se recomienda la lactancia materna pura durante más de 6 meses, ya que se asocia con una menor probabilidad de desarrollar relaciones dentales anormales. Los resultados serán valiosos para la educación y promoción de la lactancia materna materna. (11, 12)

En otro artículo sin embargo no hubo asociación entre los hábitos de alimentación y las maloclusiones en la dentición decidua. La lactancia materna exclusiva redujo el riesgo de adquirir hábitos de succión no nutritivos. (13, 14)

CONCLUSIONES

La lactancia materna si es beneficiosa en el correcto desarrollo de las arcadas dentarias y es un factor protector contra la maloclusión. El periodo mínimo recomendado es de 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Radzi Z, Yahya N. Relationship Between Breast-feeding & Bottle-feeding To Craniofacial & Dental Development. *Annals of Dentistry*. 2005;12(1):9-17.
- 2. Peres K, Barros A, Peres M, Victora C. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(3).
- 3. Agarwal S, Nehra K, Sharma M, Jayan B, Poonia A, Bhattal H. Association between breastfeeding duration, non-nutritive sucking habits and dental arch dimensions in deciduous dentition: a cross-sectional study. *Progress in Orthodontics*. 2014;15(1).
- 4. Hermont A, Martins C, Zina L, Auad S, Paiva S, Pordeus I. Breastfeeding, Bottle Feeding Practices and Malocclusion in the Primary Dentition: A Systematic Review of Cohort Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015;12(3):3133-3151.

BIBLIOGRAFÍA

- 5. Yonezu T, Arano-Kojima T, Kumazawa K, Shintani S. Association between Feeding Methods and Sucking Habits: A Cross-sectional Study of Infants in Their First 18 Months of Life. *The Bulletin of Tokyo Dental College*. 2013;54(4):215-221.
- 6. Peres K, Barros A, Peres M, Victora C. Effects of breastfeeding and sucking habits on malocclusion in a birth cohort study. *Revista de Saúde Pública*. 2007;41(3).
- 7. Boronat-Catalá M, Montiel-Company J, Bellot-Arcís C, Almerich-Silla J, Catalá-Pizarro M. Association between duration of breastfeeding and malocclusions in primary and mixed dentition: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*. 2017;7(1).

BIBLIOGRAFÍA

- 8. Romero C, Scavone-Junior H, Garib D, Cotrim-Ferreira F, Ferreira R. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *Journal of Applied Oral Science*. 2011;19(2):161-168.
- 9. ABREU L, PAIVA S, PORDEUS I, MARTINS C. Breastfeeding, bottle feeding and risk of malocclusion in mixed and permanent dentitions: a systematic review. *Brazilian Oral Research*. 2016;30(1)
- 10. Peres K, Cascaes A, Peres M, Demarco F, Santos I, Matijasevich A et al. Exclusive Breastfeeding and Risk of Dental Malocclusion. *PEDIATRICS*. 2015;136(1):e60-e67.
- 11. Sum F, Zhang L, Ling H, Yeung C, Li K, Wong H et al. Association of breastfeeding and three-dimensional dental arch relationships in primary dentition. *BMC Oral Health*. 2015;15(1).

BIBLIOGRAFÍA

- 12. Chen X, Xia B, Ge L. Effects of breast-feeding duration, bottle-feeding duration and non-nutritive sucking habits on the occlusal characteristics of primary dentition. *BMC Pediatrics*. 2015;15(1).
- 13. Lopes-Freire, G., Cárdenas, A., Suarez de Deza, J., Ustrell-Torrent, J., Oliveira, L. and Boj Quesada JR, J. (2015). Exploring the association between feeding habits, non-nutritive sucking habits, and malocclusions in the deciduous dentition. *Progress in Orthodontics*, 16(1).
- 14. Festila D. SUCKLING AND NON-NUTRITIVE SUCKING HABIT: WHAT SHOULD WE KNOW?. *Clujul Medical*. 2014;87(1):11-14.

TEMA 35. RESIDUOS SANITARIOS RADIATIVOS Y SU ELIMINACIÓN.

**VANESA GALLARDO MUÑIZ
ANDREA GARCÍA FLÓREZ,**

ÍNDICE

□ INTRODUCCIÓN

□ RESULTADOS:

- Residuos radiactivos líquidos
- Residuos radiactivos sólidos
- Residuos de media y baja actividad
- Aspectos legales
- Reglamento
- Gestión de material
- Evacuación

□ DISCURSIÓN

□ BILIOGRAFIA

INTRODUCCION

Se entiende por residuo radiactivo la propia materia reactiva que se desecha por no ser reutilizable o cualquier producto que esté contaminado con material radiactivo y emita radiación (1).

El peligro de los residuos está en la radiación que desprenden.

Existen dos clases de radiaciones:

1. Las partículas cargadas radiaciones alfa y beta
2. las que carecen de carga eléctrica, radiación gamma y neutrones.

La forma de presentación también es diferente, se clasificará en:

-Encapsulados, que son los que permanecen confinados en su propio recinto contenedor.

No encapsulados, sensibles de su separación en partes, problemática de posible derramamiento, dilución o evaporación.

El periodo de desintegración de estas sustancias puede variar desde unas horas hasta años.

RESULTADOS

Los residuos radiactivos hospitalarios se pueden considerar según forma física:

- Residuos sólidos.
- Líquidos.
- Baja y media actividad.

Las peculiaridades de cada uno de ellos dependen de la forma de eliminación, pudiendo terminar su ciclo como residuo convencional, ser retirados por la Empresa Nacional de Residuos Radiactivos (ENRESA) encargada de la retirada y tratamientos de estos residuos en España.

- Residuos radiactivos líquidos:

Se diseña la eliminación por vertido de forma que la concentración vertida sea inferior a la centésima parte del límite establecido. Con estas consideraciones se puede decir que con un envejecimiento y dilución adecuados los residuos líquidos generados en ENRESA pueden ser vertidos a la red de saneamiento general.

Hay que hacer mención especial a los líquidos de centelleo, no se pueden diluir en agua por tanto no se podrán verter, bajo ningún concepto por la red de saneamiento, por lo que tendrá que ser retirado.

- Residuos radiactivos sólidos.

Hay dos tipos encapsulados y no encapsulados.

-Encapsulados:

Estos residuos presentan menos problemática para su tratamiento, su identificación y detección es más fácil.

Los residuos procedentes de fuentes en capsuladas como el cobalto-60, el cesio-137 o el iridio-192 no podrán ser manipulados por personal del centro, ni por el personal autorizado para el manejo del resto de residuos radiactivos, solo podrá ser manipulado en, exclusiva de ENRESA.

-El cobalto, fuente radiactiva base de la cobaltoterapia, al considerarse agotada para tratamientos clínicos, es sustituida por una nueva fuente. El proveedor de las nuevas fuentes se hace cargo de la antigua por lo que no genera residuo en el hospital.

-El cesio se desintegra aproximadamente en 30 años, puede considerarse como residuo cuando se agota para su uso clínico si se deteriorara.

-El iridio necesita reponerse periódicamente, al tener un periodo de desintegración corto, 72 días. Cuando se considera clínicamente agotado se guarda en contenedores apropiados hasta la retirada por ENRESA.

-No encapsuladas:

Formados por todo el material que haya tenido contacto con algún radioisótopo líquido como viales, agujas, jeringas, algodones, por otra parte, por columnas generadoras de Molibdeno-Tecnecio 99 meta estable (MT-99m) elemento de gran uso en el Servicio de Medicina Nuclear.

•Residuos de media y baja actividad:

Estos residuos pueden definirse como aquellos cuya actividad se debe principalmente a la presencia de radionucleidos emisores, beta o beta-gamma, de período corto o medio, inferior o del orden de 30 años, cuyo contenido en radionucleidos de vida larga es muy bajo.

ASPECTOS LEGALES

No existe una norma específica sobre residuos radiactivos, ni sobre los procedimientos de instalaciones radiactivas (II.RR.), ni sobre los procedimientos de instalaciones nucleares. Las referencias a este tipo de residuos se encuentran en diversas Leyes y Reglamentos. Así, aparece por primera vez una referencia a la gestión de estos residuos en la Ley 25/1964 de 29 de abril sobre Energía Nuclear, su artículo 38 expresa que las instalaciones radiactivas deben contar con instalaciones especiales para almacenamiento, transporte y manipulación de residuos radiactivos.

A lo largo de los años ha ido apareciendo diversa legislación que está total o parcialmente abolidas, pero enumeraremos alguna parte de ella con el único fin de citarla como referencias históricas que pueden ayudar a ver la evolución de los distintos aspectos relacionados con la gestión de los residuos radiactivos:

- Real Decreto 783/2001, de 6 de Julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección sanitaria contra las radiaciones ionizantes (4). En cuanto a los residuos radiactivos, este Reglamento da normas sobre su almacenamiento en las propias instalaciones, a través de almacenes propiamente acondicionados. Establece los requisitos para la evacuación de **efluentes** y residuos sólidos al medio ambiente, solo con autorización expresa, y establece un protocolo sancionador por incumplimiento, por no disponer de los sistemas adecuados para el almacenamiento, tratamiento y, evacuación de efluentes y residuos sólidos o evacuar éstos sin autorización o superando los niveles autorizados para la emisión. En su reforma de 2010 establece obligaciones en instalaciones en las que se manejen fuentes de radiación natural.

REGLAMENTO

El Reglamento sobre Instalaciones Nucleares y Radiactivas establece que se entiende por instalaciones radiactivas las siguientes:

- Las instalaciones de cualquier clase que contengan una fuente de radiación ionizante.
- Los aparatos productores de radiaciones ionizantes que funcionen a una diferencia de potencial superior a 5 Kilovoltio (KV).
- Los locales, laboratorios, fábricas e instalaciones donde se produzcan, utilicen, posean, traten, manipulen o almacenen materiales radiactivos .

La clasificación legal y administrativa que fija este Reglamento:

1. Instalaciones y Actividades exentas.
2. Instalaciones radiactivas del ciclo del combustible nuclear.
3. Instalaciones radiactivas con fines científicos, médicos, agrícolas, comerciales e industriales.

Instalaciones de uso médico. Se caracterizan por producir cantidades apreciables de residuos de forma periódica. Generan cerca de un 80 por ciento (%) de los residuos que gestiona ENRESA.

Gestión de residuos radiactivos en Hospitales

Las instalaciones de los Servicios de Medicina Nuclear son las que generan mayor cantidad y diferentes residuos radiactivos en el ámbito hospitalario. En estas instalaciones se utilizan fuentes no encapsuladas en pacientes, para diagnóstico, terapia, técnicas in vitro. También se utilizan este tipo de fuentes no encapsuladas en laboratorio, estos no se emplean directamente sobre el paciente, si no en técnicas in vitro

GESTIÓN DE MATERIAL

En Medicina Nuclear in vivo, se utilizan emisores gamma puros y de baja energía, aunque también se utilizan algunos emisores beta () de baja energía. En la mayoría de las exploraciones se utiliza el Tc-99m. Otra serie de isótopos se utilizan en el diagnóstico, como:

-Talio-201, galio-67, yodo-131, yodo-123, yodo-125, xenon-133, selenio-75, hierro-59, cobalto57, cobalto-58, indio-111.

En terapia se utilizan emisores  de alta energía. De éstos destaca el yodo-131, por ser el que genera mayor cantidad y diversidad de residuos de los radionucleidos de este subgrupo. Otros radionucleidos utilizados en terapia son:

-Fosforo-32; setramonio-89; redon-186.

En las técnicas "in vitro" de Medicina Nuclear se utilizan los mismos radionucleidos que en otros servicios médicos o centros de investigación.

Otra de fuentes radiactivas con características muy distintas son las fuentes encapsuladas para la calibración y control de los equipos de medición se utilizarán:

-Cobalto-57; Cobalto-60; Cesio-137; bario-133; yodo-129 y Carbon-14.

El material accede a la instalación previa petición. Se suministra normalmente en estado líquido en viales de cristal y éstos a su vez en contenedores de plomo. Algunas veces el yodo-131 se recibe en cápsulas de Yoduro sódico

EVACUACION

Se debe garantizar que se puedan evacuar y tratar los residuos sin riesgo alguno para el medio ambiente.

Para ello, la evacuación será siempre supervisada por el personal del Servicio de Protección Radiológica (SPR) (4).

Para evitar errores, se retirarán los residuos desde el almacén central del centro hospitalario o en un almacén que se encuentre en la unidad productora de desechos radiactivos, preparados para ellos.

-Los residuos líquidos de centelleo, por su toxicidad inflamabilidad, serán almacenados en bidones de acero inoxidable antes de ser evacuados por ENRESA.

-Los residuos sólidos del período de almacenamiento estarán en cámaras blindadas o en el almacén central que asegure que su tasa de dosis es inferior a los niveles indicados, serán clasificados para su traslado, tratamiento, eliminación o Incineración por ENRESA.

DISCURSIÓN

Definiendo residuo radiactivo, todo material que se desecha, al estar expuesto o en contacto con una fuente de radiación.

Hay tres tipos de residuos sanitarios radiactivos:

- Residuos sólidos.
- Líquidos.
- Baja y media actividad.

Teniendo en cuenta la peligrosidad y toxicidad, de estos residuos ha de ser la empresa ENRESA, la encargada de trasladar y destruir los residuos radiactivos.

BIBLIOGRAFÍA

•1. wikipedia enciclopedia libre [Internet]. wikipedia. 2019 [cited 9 June 2019]. Available from: <https://es.wikipedia.org/wiki/Radiactividad>

2. astursalud [Internet]. 2019 [cited 9 June 2019]. Available from: [.https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_NOTICIAS%20GABINETE/NOTICIAS%202014/9%202014/Guia%20Residuos%20Sanitarios.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_NOTICIAS%20GABINETE/NOTICIAS%202014/9%202014/Guia%20Residuos%20Sanitarios.pdf)

3. BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO [Internet]. boe. 2019 [cited 9 June 2019]. Available from: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/08/pdfs/BOE-A-2014-2489.pdf>

TEMA 36. ANOREXIA.

ANDREA ÁLVAREZ BAYÓN

ANDREA PIQUERO FERNÁNDEZ

**MARIA DOLORES FERNÁNDEZ
MENÉNDEZ**

SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL

INDICE

- **¿QUÉ ES LA ANOREXIA?**
- **TIPOS DE ANOREXIA**
- **SINTOMAS DE LA ANOREXIA**
- **CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA**
- **BIBLIOGRAFIA**

¿QUÉ ES LA ANOREXIA?

La anorexia es un trastorno alimenticio que se caracteriza por un peso anormalmente bajo, la percepción distorsionada y del aspecto físico junto a el miedo a aumentar de peso. Las personas con este trastorno suelen controlar al máximo su consumo de calorías, incluso hacer uso indebido de laxantes, enemas, diuréticos,...etc.

Las personas con este tipo de trastornos suelen realizar un exceso de ejercicio con el fin de bajar peso.

La anorexia puede llegar a ser mortal aunque con un tratamiento y una terapia adecuada pueden lograr una mejor percepción de quien es y de revertir algunas de las complicaciones graves que esa persona se ha causado debido a su enfermedad.

TIPOS DE ANOREXIA

- Existen dos tipos de anorexia:
 - Anorexia nerviosa restrictiva: En este caso los pacientes logran bajar de peso a través de dietas muy estrictas, largos ayunos y excesiva practica de ejercicio de gran intensidad.
 - Anorexia nerviosa purgativa y/o compulsiva: En este tipo de anorexia los pacientes recurren de manera puntual o de manera metódica a comer de forma compulsiva o vomitar (purgas). Estas personas son más propensos a padecer una mayor inestabilidad emocional así como a caer en el consumo de sustancias adictivas como pueden ser las drogas.

SINTOMAS DE LA ANOREXIA

Los signos y síntomas más característicos son:

- Aspecto delgado, pérdida de peso excesiva.
- Mareos, desmayos, deshidratación, presión arterial baja, ritmo cardiaco irregular, erosión dental,... etc.
- Ausencia de menstruación.
- Pigmentación azulada en los dedos de la mano, piel seca o amarillenta.
- Pérdida de cabello, débil o quebradizo.
- Estreñimiento y dolor abdominal.
- Insomnio y fatiga.

CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA

La anorexia puede llegar a afectar de las siguientes formas:

- El sistema inmunológico se ve debilitado.
- Trastornos psicopatológicos (fobia social, depresión, ansiedad, comportamientos agresivos y TOC).
- Grandes problemas digestivos.
- Desequilibrios electrolíticos (es la electricidad natural que asegura la salud dental, muscular y el correcto funcionamiento corporal).
- Infertilidad en mujeres y en los hombres puede provocar descenso de la testosterona.
- Inflamación de los riñones.

BIBLIOGRAFIA

- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anorexia-nervosa/symptoms-causes/syc-20353591>
- <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/anorexia.html>
- <https://www.webconsultas.com/anorexia/tipos-de-anorexia-273>
- <https://www.lifeder.com/consecuencias-de-la-anorexia/>
- <https://www.nationaleatingdisorders.org/consecuencias-de-salud-de-los-trastornos-alimenticios>

TEMA 37. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CAIDAS.

**INÉS GARCIA LAMUÑO
EMMA CABEZA VALDÉS**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- CONCEPTO DE FRAGILIDAD
- FACTORES DE RIESGO
- INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE CAIDAS
INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL
- VALORACIÓN DE RIESGOS DE CAIDAS
- PRUEBAS DE EJECUCIÓN
- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCIÓN

Las caídas son un importante problema de salud y una causa importante de discapacidad en las personas mayores.

Incidencia: Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad se caen al menos una vez al año.

Mujeres vs hombres: Las mujeres tienen un mayor riesgo de caídas que los hombres y también sufren las consecuencias más graves, con un mayor porcentaje de fracturas de cadera, tres veces más que los hombres.

Fuente: CMBD.

CONCEPTO DE FRAGILIDAD

La *persona mayor frágil* se define como aquella que tiene una disminución en sus reservas fisiológicas y homeostasis, que le predispone a sufrir mayor vulnerabilidad a hospitalización, caídas, complicaciones postquirúrgicas, infecciones, inmovilismo u otros síndromes geriátricos...; y a una mayor probabilidad de evolucionar hacia la discapacidad y dependencia.

Es una situación reversible y modificable.

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo de las caídas son de origen multifactorial.

En algunos estudios se ha demostrado que el riesgo de caída aumenta cuando lo hace el número de factores de riesgo.

La identificación de los factores de riesgo es al menos tan importante como intentar determinar la causa de la caída.

Factores de riesgo a destacar:

- **Alteraciones de equilibrio y marcha.**
- **Deterioro funcional y/o cognitivo.**
- **Alteraciones sensoriales severas (visión y/o audición)**
- **Deterioro de la fuerza muscular.**
- **Uso de fármacos.**
- **Enfermedades crónicas como Enfermedad de Parkinson, secuelas de ICTUS, otras enfermedades neurológicas, demencia, alcoholismo, trastornos mentales, EPOC, etc)**

INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Intervención en personas con bajo riesgo de caídas

Población diana: Aquí están las personas las cuales en las tres preguntas de cribado la respuesta ha sido negativa.

Se les ofrecerá la misma valoración y consejo sobre actividad física y alimentación saludable que a la población autónoma no frágil.

Al año se realizará una nueva valoración.

Intervención en personas con alto riesgo de caídas

Población diana: Son las personas que en al menos una de las tres preguntas de cribado la respuesta ha sido afirmativa.

Se pueden proponer dos modelos de intervención:

- 1. Intervención teniendo en cuenta tres componentes:
Programa de actividad física.
Revisión de medicación.
Revisión de riesgos del hogar.**
- 2. Valoración multifactorial e intervención multicomponente individualizada.**

Se considerará la derivación a atención hospitalaria (preferentemente geriatría) en aquellas personas que reúnan alguno de los criterios para la persona mayor frágil:

- **Pérdida funcional reciente sin causa clínica evidente.**
- **Deterioro cognitivo de reciente aparición.**
- **Caídas: Más de dos en el último año, que hayan precisado atención sanitaria.**

Se realizará una evaluación anual de la intervención realizada.

INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL

Se realizan valoraciones multifactoriales para reducir el número de personas que se caen y evaluar así la tasa de caídas. Hay varios enfoques sobre cómo llevar a cabo esta intervención.

- Intervención multicomponente no individualizada.**
- Evaluación multifactorial seguida de una intervención individualizada sobre los factores de riesgo detectados.**

La guía NICE recomienda que a todas las personas que sean identificadas como de riesgo de caídas se haga una evaluación multifactorial que debe estar seguida de una intervención individualizada sobre los factores de riesgo detectados.

VALORACIÓN RIESGO DE CAIDAS

Utilizaremos las siguientes preguntas de cribado:

¿Ha sufrido alguna caída en el último año que haya precisado atención sanitaria? ¿Y dos o más caídas al año?

¿Presenta algún trastorno de la marcha importante? (si la prueba de ejecución utilizada para el cribado de fragilidad resulta alterada se considerará afirmativo).

Una vez realizadas las pruebas de ejecución, sería indicativo de alto riesgo de caídas: Una puntuación en el SPPB por debajo de 10.

Un tiempo de ejecución igual o mayor a 20 segundos en el Test de “levántate y anda” cronometrado.

Tras esta valoración, a la persona se clasificará como de bajo o alto riesgo de caídas.

PRUEBAS DE EJECUCIÓN PARA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS

- **Test de “levántate y anda” cronometrado**
- **Short Physical Performance Battery” (SPPB)**
- **Velocidad de la marcha**

Test de “levántate y anda” cronometrado (Timed Up and Go Test “TUG”)

La prueba consiste en medir el tiempo que tarda la persona en levantarse de una silla con reposabrazos, caminar 3 metros, girarse y regresar a la silla y sentarse; se tiene que hacer la prueba una vez a modo de prueba y luego dos veces siendo cronometrado.

El tiempo es de 1-2 minutos.

Es correcto si lo realiza en 10 segundos o menos, cuando es mayor o igual de 20 segundos se considera que el anciano tiene un elevado riesgo de caídas y este es el dintel para detectar la fragilidad.

Short Physical Performance Battery” (SPPB)

Consiste en la realización de tres pruebas:

- ***Equilibrio*** (en tres posiciones: pies juntos, semitándem y tándem)
- ***Velocidad de la marcha*** (sobre 2.4 ó 4 metros)
- ***Prueba de levantarse y sentarse en una silla cinco veces.***

Test de equilibrio

Instrucciones: Comenzar con equilibrio en semitándem (talón de un pie a la altura del dedo gordo del otro pie). Los sujetos que no pueden mantener esta posición deberán intentar el equilibrio con pies juntos. Aquéllos que sí puedan, deberán probar la posición en tándem sin pasar por la de pies juntos.

a. Equilibrio en semitándem: Mantenga el equilibrio con el lateral de un talón tocando el lateral del dedo gordo del otro pie, alrededor de 10 segundos.

- Se mantiene 10 seg: 2 ptos
- Se mantiene menos de 10 seg (apuntar número de segundos) : 1 pto
- No lo consigue: 0 ptos

b. Equilibrio con pies juntos: Intente estar de pie con los pies juntos, durante 10 segundos aproximadamente. Puede usar brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero intente no mover los pies. Mantenga esta.

- **Se mantiene 10 seg : 2 ptos**
- **Se mantiene menos de 10 seg (apuntar número de segundos): 1 ptos**
- **No lo consigue: 0 ptos**

c. Equilibrio en tándem: equilibrio con un pie delante de otro, tocando el talón de uno la punta del otro, durante 10 segundos. (Cronometrar cuando el participante esté equilibrado con los pies en tándem).

- **Se mantiene 10 seg, 2 ptos**
- **Se mantiene menos de 10 seg ,1 pto**
- **No lo consigue, 0 ptos**

Puntuación:

- **Equilibrio con pies juntos incapaz o entre 0-9 seg 0**
- **Equilibrio con pies juntos 10 seg y < 10 seg semitándem 1**
- **Semitándem 10 seg y tándem entre 0 y 2 seg 2**
- **Semitándem 10 seg y tándem entre 3 y 9 seg 3**
- **Tándem 10 seg 4**

Levantarse de una silla varias veces

Instrucciones: Levantarse y sentarse tan rápido como se pueda 5 veces sin pararse entre medias. Mantener los brazos cruzados sobre su pecho todo el tiempo.

Puntuación: Cronometrar cuando se inicia el primer levantamiento. Cuente en alto cada vez que el participante se levanta. Termine de cronometrar cuando el sujeto esté totalmente de pie la última vez. Parar el cronómetro si se ayuda de las manos, si después de 1 minuto no ha completado la prueba o si se va a caer

- No puede hacer la prueba 0
- $\geq 16,7$ seg 1
- Entre 16,6 y 13,7 seg 2
- Entre 13,6 y 11,2 3
- $\leq 11,1$ seg 4

Velocidad de la marcha

El paciente debe recorrer una distancia de 3 ó 4 metros. En el caso de velocidad sobre 4 metros, existen datos de interpretabilidad que indican como menor cambio significativo la cifra de 0,05 m/s, y como cambio sustancial 0,1 m/s. Esta prueba sobre 4 metros es la que se encuentra mejor validada en la bibliografía.

El tiempo de realización va entre 2 y 3 minutos.

Los puntos de corte más utilizados para determinar el dintel de riesgo suele situarse entre 1 y 0,8m/seg.

El tiempo se sitúa entre los 6 y los 10 minutos.

La puntuación total del SPPB resulta de la suma de los tres sub-tests, y oscila entre 0 (peor) y 12; cambios en 1 punto tienen significado clínico.

Una puntuación por debajo de 10 indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas. A continuación se presenta un esquema y protocolo de la ejecución de la prueba:

Instrucciones: El paciente tiene que caminar a su ritmo normal hasta donde está el final del pasillo. Tiene que haber pasado la marca final antes de pararse. Puede emplear ayudas técnicas (muletas, andador..)

Empezar a cronometrar cuando empiece a caminar y pare el cronómetro cuando el último pie haya sobrepasado la marca de la distancia a recorrer.

Interpretación:

- **Velocidad de la marcha $> 0.8 - 1\text{m/seg}$ se considera normal.**
- **Velocidad de la marcha $\leq 0.8\text{m/seg}$ se considera alterado.**

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud. Caídas. [Internet]. 2012. [Acceso el 16 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/> [Links]
2. Torres Egea MP, Sánchez Castillo PD. Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y meta-análisis. Nursing. 2007;25(2):56-64. [Links]
3. Hill E, Fauerbach L. Falls and fall prevention in older adults. J Legal Nurse Consulting. 2014;25(2):25-9. [Links]

4. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/001- Hospitalizacion.pdf>

5. DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE PREVENCIÓN DE FRAGILIDAD Y CAÍDAS EN LA PERSONA MAYOR

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Fragilidadycaidas.htm>

6. ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

**TEMA 38. EFECTOS DEL TENS EN
TEMBLOR DE MIEMBRO SUPERIOR
EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE
PARKINSON. A PROPÓSITO E UN
CASO CLÍNICO.**

**OLIVIA LORENCES FERNÁNDEZ
SANDRA FERNÁNDEZ ALVÁREZ**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN:

1.1 ETIOLOGÍA.

1.2 CLÍNICA.

1.3 DIAGNÓSTICO.

1.4 TRATAMIENTO.

1.5 ELECTROESTIMULACIÓN NERVIOSA (TENS)

2. CASO CLÍNICO:

2.1 DESCRIPCIÓN.

2.2 EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

2.3 OBJETIVOS.

2.4 MATERIAL Y MÉTODOS.

2.5 RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

3. BIBLIOGRAFÍA.

1.INTRODUCCIÓN:

1.1 Etiología:

La enfermedad de Parkinson(EP, en adelante) es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central, que se desencadena principalmente por la muerte paulatina de neuronas dopaminérgicas de la parte compacta de la sustancia negra cerebral. La consecuencia más importante de esta pérdida neuronal es una marcada disminución cerebral de dopamina, lo que condiciona una disfunción en la regulación de las principales estructuras cerebrales implicadas en el control del movimiento.

2.2 Clínica:

Se caracteriza por ser un trastorno fundamentalmente motor y progresivo, con cuatro síntomas principales o cardinales que se pueden agrupar bajo el acrónimo TRAP: el temblor de reposo, la rigidez, la acinesia (o bradicinesia) y la inestabilidad postural.

-Temblor: Está presente en el 75% de los pacientes. Es rítmico, se presenta con una frecuencia de 4 a 6 Hz y afecta asimétricamente a una de las extremidades, tendiendo a ser bilateral en las formas avanzadas.

-Rigidez: Aumento del tono muscular, con la consiguiente resistencia al movimiento pasivo de una articulación. Es, a la vez, responsable de la postura típica, con el tronco hacia delante y los brazos encogidos, que presenta el paciente con EP.

-Bradicinesia: Es el término utilizado para describir la dificultad del paciente para iniciar o ejecutar un movimiento. Comienza con una hipocinesia (pequeña lentitud en la ejecución del movimiento), progresa hacia la bradicinesia y acinesia.

-Inestabilidad postural: Es el último síntoma cardinal en orden de aparición, y es el resultado de una combinación de factores que influyen cambios en el ajuste postural y una pérdida de los reflejos posturales.

1.3 Diagnóstico:

En la actualidad, el avance tecnológico ha permitido desarrollar herramientas y técnicas (como la resonancia magnética funcional o el DATSCAN) que pueden facilitar el diagnóstico de la EP. Sin embargo, la evaluación clínica sigue siendo la principal referencia a la hora del diagnóstico.

Según el UK Parkinson's Disease Society Brain Bank, el diagnóstico de la EP se basa en la presencia de bradicinesia junto con otro de los síntomas cardinales. Paralelamente se deben presentar al menos tres manifestaciones clínicas de apoyo al diagnóstico como son:

- Inicio unilateral.
- Progresión en los síntomas.
- Asimetría persistente que afecta más al lado del inicio de los síntomas.
- Buena respuesta a levodopa.
- Corea grave inducida por levodopa.
- Progresión clínica de 10 años ó más.

1.4 Tratamiento:

Actualmente, el enfoque primordial para el manejo de la enfermedad se centra en el tratamiento farmacológico, el cual se basa principalmente en la reposición de la DA perdida. La levodopa se considera por el momento la medicación antiparkinsoniana más efectiva. Ésta mejora algunos parámetros cinemáticos de la marcha como la velocidad, la cadencia, la longitud y la duración del paso. Esto es lo que se conoce como “luna de miel de la levodopa”, ya que el beneficio es considerable durante este espacio, que va de 2 a 5 años, pero tras ser tratados durante un periodo largo los pacientes presentan efectos secundarios en forma de fluctuaciones motoras (periodos on-off), en los que el paciente tiene momentos con discinesias y momentos con bloqueos.

Adicionalmente al tratamiento farmacológico, los tratamientos rehabilitadores, como la fisioterapia son considerados de relevancia en el manejo de la enfermedad.

Entre los enfoques más actuales en el campo de la fisioterapia, se encuentra la electroterapia como recurso rehabilitador.

El manejo del **temblor** en la EP se inició hace más de un siglo, cuando se observó que el extracto de las hojas de *atropa belladonna* reducía el temblor. En la década de los 60, con la introducción de la Levodopa (que se combinó con la Carbidopa la siguiente década), se logró un verdadero avance terapéutico, con menos efectos secundarios y periodos asintomáticos más prolongados. Sin embargo, después de algunos años se produce resistencia a los fármacos.

Dado que estas opciones terapéuticas no dan solución definitiva a la sintomatología de la EP, es necesario evaluar nuevas alternativas de tratamiento, como la electroestimulación periférica.

1.4 Electroestimulación Nerviosa Transcutánea (TENS):

La electroestimulación nerviosa eléctrica transcutánea es un tipo de corriente analgésica de implantación relativamente reciente. Con efectos beneficiosos probados en dolores agudos y crónicos.

La estimulación eléctrica transcutánea conlleva la utilización de corriente alterna de baja frecuencia, de onda rectangular, con una duración del impulso de 50 a 400 microsegundos y con frecuencias de hasta 150 hertzios. La variación en intensidad y tiempo está relacionada con el aparato utilizado; así, la intensidad variará entre 0 y 100 miliamperios y el tiempo diferirá según los parámetros usados.

La bibliografía sobre la aplicación de TENS en la enfermedad de Parkinson es ciertamente escasa, y en todo caso se ha aplicado fundamentalmente con el objetivo de aliviar el dolor neuropático que suelen presentar este tipo de pacientes. Encontrándose así algún estudio donde se demuestra la eficacia en este campo. Por eso parece interesante realizar un estudio dónde se valore la aplicación del TENS en la enfermedad de Parkinson con el objetivo de ver si puede ser útil también en la mejoría del temblor de miembro superior.

2. CASO CLÍNICO:

2.1 Descripción:

Varón de 62 años, diagnosticado desde hace cinco años de Enfermedad de Parkinson idiopática, tratado farmacológicamente, no intervenido quirúrgicamente para EP y no portador de marcapasos, acude al servicio de Electromedicina para recibir tratamiento con electroestimulación nerviosa transcutánea (TENS) para el temblor de reposo que presenta en su brazo derecho.

2.2 Exploración y pruebas complementarias:

La valoración inicial incluye:

Historia clínica (incluyendo escala de Hoehn-Yah para para ver el estadio actual de la EP).

Escala PDQ-39, para evaluar aspectos generales de la enfermedad, sintomatología y actividades de la vida diaria.

Escala de valoración UPDRS: “Unified Parkinson’s Disease Rating Scale”.

Cuantificación del temblor a través de un acelerómetro.

2.3 Objetivos :

- El objetivo principal que se persigue en este estudio, basado en un caso clínico, es ver si hay mejoría del temblor de miembro superior con la aplicación del TENS, durante un período determinado de tiempo, y durante un número concreto de sesiones, en el brazo afecto.
- Y observar si esa mejoría del temblor repercute en una mejor calidad de vida para el enfermo que participa en el estudio, que se medirá objetivamente mediante la escala PDQ-39.

2.4 Material y métodos:

El paciente recibió el tratamiento con TENS durante 40 sesiones diarias (de lunes a viernes), con una duración de 20 minutos por sesión.

Se usó para el tratamiento un aparato de TENS portátil con 2 canales, a una frecuencia de 10Hz, y con una intensidad agradable para el paciente; la longitud de onda fue de 250 microsegundos.

Los electrodos se le colocaron en la cara anterior del antebrazo derecho.

Durante las sesiones se fue cuantificando el temblor al inicio y al final, además se tomaron registros cada 5 minutos durante la aplicación del tratamiento.

2.5 Resultados y conclusiones:

El paciente mejoró su clínica, se objetivó una disminución del temblor, lo que se tradujo en una mejora en su calidad de vida.

Por lo que podemos concluir que el TENS es efectivo en el tratamiento del temblor de reposo en miembro superior en un enfermo de Parkinson.

BIBLIOGRAFÍA

- Jankovic J. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *J. Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79: 368-376.
- Filippin N, Lobo Da Costa P, Mattionilini R. Effects of treadmill walking training with additional body load on quality of life in subjects with Parkinson's disease. *Rev. Bras. Fisioter.* 2010, 14, 344-350.
- Cudeiro Mazaira FJ. Reeducación funcional en la enfermedad de Parkinson. 1ª ed. Barcelona. Elsevier. 2008.
- De Lau LM, Breteler MM. *Lancet Neurol.* 2006. 5: 525-535.

- Dorsey ER, Constantinescu R, Thompson J.P, Biglan KM, Holloway RG, Kieburtz K, Marshall FJ, Ravina BM, Schifitto G, Siderowf A, Tanner CM. Neurology. 2007, 30; 68: 384-386.
- Von Campenhausen S, Bornschein B, Wick R, Bötzel K, Sampaio C, Poewe W, Oertel W, Siebert U, Berger K, Dodel R. Prevalence and incidence of Parkinson's disease. European Neuropsychopharmacology 2005; 15: 473-490.
- Bekris LM, Mata IF, Zabetian CP. The genetics of Parkinson Disease. J Geriatr Psychiatry Neurol 2010; 23: 228-242.

- Colcher A, Stern M. Therapeutics in the neurorehabilitation of Parkinson's disease. Neurorehabil Neural Repair 1999; 13:205-18
- Aminoff M. Parkinson's disease. Neurol Clin 2001; 19(1): 119-28
- Rodriguez J.M. Electroterapia de baja y media frecuencia. Ed. Mandala. Madrid, 1994.
- Carlos Federico Bounarotte, Eliseo Barral. Dolor neuropático de origen central:revisión. Ed. Elsevier. Argentina, octubre, 2017

TEMA 39. EL CONSENTIMIENTO EN EL MENOR DE EDAD EN MATERIA SANITARIA.

AIDE ARIAS SUÁREZ

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

DESARROLLO DEL TEMA

OBJETIVOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

En España el consentimiento informado del menor se regula en la legislación estatal y autonómica relativa a la autonomía de la voluntad del paciente. En ella, el mayor de 16 años puede otorgar su consentimiento por sí mismo, mientras que se establece el consentimiento por representación de los padres o tutores para el menor de esta edad, debiendo dar información a los mayores de doce años, salvo los casos de limitación del consentimiento, en las que podrá actuar el médico¹. Sin embargo, hay mucha discrepancia en cuanto al consentimiento del menor maduro con una edad inferior a 16 años. Cuando existe un conflicto, se puede recurrir a la autoridad judicial, aunque intentaremos exponer en este trabajo resolver dichos conflictos recurriendo a otro tipo de medidas que no sea la judicial.

La cuestión del consentimiento informado es quizás una de las más complejas y debatidas en la actualidad y también una de las que más preocupan a los clínicos. Su soporte es el respeto a la autonomía de aquellos menores o adolescentes con suficiente capacidad de juicio y la consideración de su derecho a tomar decisiones sobre hechos que pueden afectar a su salud. El principal problema que encontramos en el sistema se encuentra precisamente en la valoración de la madurez o capacidad para tomar decisiones ya que no existen directrices claras ni suficientes procedimientos validados.

[1] [2]

INTRODUCCIÓN

El marco jurídico del consentimiento informado diferenciando dos situaciones con base en la legislación vigente. En primer lugar, la capacidad del niño para decidir en esta área. en segundo lugar, la competencia de los representantes legales y, en consecuencia, las pautas que deben seguir en su actuación.

En el consentimiento informado del menor de edad se distinguen diversas situaciones de capacidad del menor, atendiendo a la ausencia o no de capacidad intelectual y emocional y a la edad.

El consentimiento informado en el ámbito sanitario ha dado en los últimos meses una relevancia casi absoluta a la voluntad de los usuarios o pacientes del sistema de salud, tanto público como privado, en la aplicación de los tratamientos e intervenciones que se deban realizar sobre los mismos. Dicha

autonomía se fundamenta en la dignidad de la persona humana, en los derechos inviolables que le son inherentes y en el libre desarrollo de la personalidad. **[3], [4], [5]**

DESARROLLO DEL TEMA

La ley 41/2002 señala que el titular del consentimiento es el paciente afectado, pero en el apartado que se refiere a los menores dispone que se otorgará el consentimiento por representación “cuando el paciente menor no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”, en este caso el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. sin embargo, en caso de actuación de riesgo, los padres será informados y su opinión se tendrá en cuenta para una decisión correspondiente. La ley estatal reconoce el derecho del paciente a la información asistencial, pudiendo informar también, si quiere, a familiares o allegados. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal

Cuando el paciente, según criterio médico, carezca de capacidad para entender información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones de familiares o de hecho.

Cuando se habla de incapacidad, parece que se hace referencia tanto a la incapacidad decretada judicialmente como a la incapacidad por razón de edad, puesto que en el mismo se hace alusión a que la información la reciba el representante legal, además del propio paciente si se encuentra en condiciones de entender. Por el contrario, cuando la Ley se refiere a la carencia de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, se está haciendo referencia al caso de incapacidad de carácter temporal, por razones que no impiden el autogobierno de la persona y que pueden ser fruto del estado de salud de la persona en ese momento. **[6], [7]**

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es proporcionar una perspectiva diferente al menor o a las personas que rodean al menor, y concienciar a la población de que antes de recurrir a un juez para que determine la decisión, existen numerosos profesionales para intentar decidir lo mejor para el menor de edad. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica relacionando los aspectos morales y éticos en la representación del menor, teniendo en cuenta la edad del mismo. Se encontraron artículos relacionados al tema en las bases científicas, Scielo, Pubmed, Cochran; también además, se consultó la ley 41/2002 del 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente, en la que se regulan tres figuras fundamentalmente: el consentimiento informado, las instrucciones previas y la historia clínica. Se han recogido artículos en español y con un periodo no más de 10 años atrás. [8], [9], [10]

CONCLUSIONES

Se observa que no existe una legislación única, existen vacíos legales y opiniones doctrinales muy divergentes en cuanto a la capacidad del menor para tomar decisiones en el ámbito de la sanidad.

En líneas generales se puede afirmar que, el menor emancipado y el menor, mayor de 16 años, tienen reconocida capacidad legal para decidir. En cuanto al menor de 16 años con suficiente madurez, puede actuar de forma autónoma en atención al acto. Sin embargo cuando no posea suficiente capacidad natural actuarán los representantes legales. Las pautas a seguir por los representantes legales son las que siguen; en el proceso de toma de decisiones, cuando una actuación beneficie de forma objetiva el estado de salud del menor, los representantes deben aceptarla a favor de su interés. En caso contrario, cuando la actuación conlleve más riesgos que beneficios para el niño de ser rechazada como medida de protección y garantía de los derechos del menor. En los procesos en los que existan discrepancias entre los representantes legales y los profesionales de la salud, incluso entre los representantes legales entre sí deben acudir a la autoridad judicial.

Por un lado, si la decisión del menor cuando puede tomarla por sí mismo, está bien fundamentada, pues cabe que el menor no quiera que se informe a sus padres por temor reverencial o temor a un posible rechazo familiar o social. Por otro lado, el entorno cultural y social del menor, que en algunos casos puede ser contrario al beneficio e interés del mismo y en otros, puede suponer el apoyo fundamental para recuperar la salud del menor. Otra cuestión es si la decisión de hacer valer el consentimiento del menor o de los padres debe recaer sobre el médico responsable. Lo que agrava la responsabilidad que ya tiene el médico de por sí. En mi opinión, al margen de las diferentes posturas que existen, hay que partir de la idea que se debe tratar al menor con pleno respeto a su dignidad, intimidad, personalidad y a su propia autonomía, incluyendo a los menores de 12 años, implicándolos en decisiones cuando afecte a su propia salud.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Montalvo jääskeläinen, f. de “el menor: un paciente complicado (al menos desde la perspectiva legal) **revista cesco de derecho de consumo** (2013), núm. 13, pp.294-295.

[2] Ley 41/2002 del 14 noviembre , básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

[3] Sánchez Jacob, m., Riaño galán, i., martínez González, c.:”evaluación de los conocimientos legales y éticos de los profesionales sanitarios en relación con el adolescente”, **revista pediatría atención primaria**(2008), núm. 10, pp 443-456.

[4] Jordano fraga, f., “la capacidad general del menor” revista de derecho privado, 1984.

[5] SciELO.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttex&pid=s1886-58872015000300004

[6] Río Sánchez, C del.: “El consentimiento informado en menores y adolescentes: Contexto ético-legal y algunas cuestiones problemáticas”, *Información Sicológica* (2010), núm. 100, pp. 60-67.

[7] Alventosa del Río, J.: “Relevancia del consentimiento en el conflicto entre el derecho a la vida y a la libertad religiosa”, AA.VV.: *Homenaje al Profesor Bernardo Moreno Quesada*. Granada-Jaén (2000), pp. 99-116.

[8] -“La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos, y obligaciones en materia de información y documentación clínica (I y II)”

[9] Galán Cortés, J.C.: El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Madrid (1997)

[10] Ed. Colex. García Garnica, M.C.: El ejercicio de los derechos de la personalidad del menor no emancipado. Especial consideración al consentimiento a los actos médicos y a las intromisiones en el honor, la intimidad y la propia imagen. Navarra (2008)

TEMA 40. PLAN DE CUIDADOS EN UNA UNIDAD DE CONVALECENCIA PSIQUIÁTRICA.

**DANIEL LÓPEZ FRESNO
LAURA REYES VALDIVIESO**

ÍNDICE

- 1) INTRODUCCIÓN**
- 2) RESUMEN PATOBIOGRÁFICO**
- 3) OBJETIVOS**
- 4) ANTECEDENTES PERSONALES**
- 5) TRATAMIENTO**
- 6) VALORACIÓN**
- 7) DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y PLAN DE CUIDADOS**
- 8) CONCLUSIONES**
- 9) BIBLIOGRAFÍA**

1) INTRODUCCIÓN

A continuación, expondremos el caso de una paciente que ingresa en una Unidad de Convalecencia Psiquiátrica donde trabajamos. La paciente acude derivada de la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Hospital Universitario, en el que tras decenas de ingresos en los últimos años, no se han podido cumplir los objetivos terapéuticos.

Como diagnóstico principal, presenta un Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado, aunque la problemática es mucho más amplia.

2) RESUMEN PATOBIOGRÁFICO

- Paciente de 44 años
- Potomanía
- Trastorno del control de impulsos
- Nula interacción social
- TCA no especificado
- Nula conciencia de enfermedad
- Abuso de alcohol desde los 16 años
- Embarazo por violación y posterior aborto
- Fumadora de 1 paquete de cigarrillos / día
- Larga trayectoria de internamientos y tratamiento psiquiátrico

3) OBJETIVOS DEL INGRESO

- Completar el tratamiento
- Mejorar su vida social
- Normalización de la conducta alimentaria

4) ANTECEDENTES PERSONALES

- Alergias a metales
- Abuso de alcohol
- Acropaquia con cianosis periférica

5) TRATAMIENTO

Diazepam 10mg: 1-1/2-1/2

Topamax 100 mg 1-1-1

Rivotril 2mg: 1/2-1/2-1

Pristiq 50 mg 1-0-0

**Pruina: 1-1-1

6) VALORACIÓN I

- **1.- RESPIRACIÓN**

- Mala circulación / Cianosis
- Fumadora

- **2.- ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN**

- 46 kg (IMC 19,9)
- Dentadura postiza
- Alteraciones esofágicas
- Descontrol de la ingesta de líquidos

VALORACIÓN II

- **3.- ELIMINACIÓN**

- Estreñimiento subjetivo
- Enuresis nocturna (Rebosamiento)
- Amenorrea secundaria

- **4.- MOVILIZACIÓN**

- **5.- REPOSO / SUEÑO**

- **6.- VESTIDO**

- **7.- TEMPERATURA**

VALORACIÓN III

- 8.- HIGIENE
- **9.- SEGURIDAD**
 - Suspicaz
 - Triste
- **10.- COMUNICACIÓN**
- **11.- RELACIONES SOCIALES**

VALORACIÓN IV

- **12.- TRABAJO / AUTORREALIZACIÓN**

- **13.- ACTIVIDADES LÚDICAS**

- Durante el ingreso carece de aficiones

- **14.- APRENDIZAJE**

- Estudios secundarios + Auxiliar de enfermería

7) DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- Déficit de actividades recreativas
- TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL
- Baja autoestima crónica
- DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL
- Estreñimiento subjetivo

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA II

- Incumplimiento del tratamiento
- Control ineficaz del régimen terapéutico familiar
- Desequilibrio nutricional por defecto
- Riesgo de desequilibrio electrolítico
- Sufrimiento espiritual

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRINCIPALES

En nuestra valoración hemos detectado 10 diagnósticos de enfermería, pero a la hora de elaborar nuestro plan de cuidados, decidimos centrarnos en los 2 diagnósticos que nos han parecido los principales.

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL r/c enfermedad m/p conductas de control del propio cuerpo

- NOC: AUTOESTIMA
- NIC: Apoyo emocional
- NIC: Potenciación de la autoestima
- NIC: Escucha activa

NOC: AUTOESTIMA

• INDICADORES:	ING.	ALTA
1.- Aceptación de cumplidos	1	3
2.- Mantenimiento del contacto ocular	2	3
3.- Verbalización de autoaceptación	1	2

NIC 1: APOYO EMOCIONAL

- Le ayudamos a reconocer sentimientos, animándola a expresarlos
- Experiencia emocional

NIC 2: POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA

- Afirmaciones positivas
- La animamos a afrontar nuevos desafíos
- Fomentamos el aumento de la responsabilidad

NIC 3: ESCUCHA ACTIVA

- Mostrar interés por sus dudas/miedos/preocupaciones
- Buscar la comprensión de los mensajes no verbales

DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL

r/c trastorno del autoconcepto m/p

interacción disfuncional

- NOC: HABILIDADES DE INTERACCION SOCIAL
- NIC: Modificación de la conducta
- NIC: Entrenamiento en asertividad
- NOC: IMPLICACIÓN SOCIAL
- NIC: Potenciación de la socialización

NOC: HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL

• INDICADORES:	ING.	ALTA
1.- Cooperación con los demás	2	3
2.- Mostrar la verdad	2	3
3.- Sensibilidad con los demás	2	3

NIC 1: MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA (HABILIDADES SOCIALES)

- Implicamos a la familia
- Le ayudamos a identificar los problemas interpersonales derivados del déficit de capacidad social

NIC 2: ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD

- Se le apoya para identificar los pensamientos derrotistas
- Le animamos a adquirir una mascota, ya que es una ilusión que ella siempre tuvo.

NOC: IMPLICACIÓN SOCIAL

• INDICADORES:	ING	ALTA
1.- Interacción con amigos íntimos	1	1
2.- Participación en actividades de ocio	1	2

NIC: POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN

- Se le gratificaba cuando mantenía relaciones con los demás.
- La animamos a realizar actividades sociales y comunitarias al alta. SAL VALLADOLID

8) CONCLUSIONES

A pesar de que estamos ante una paciente muy cronificada y con poca o nula consciencia de enfermedad, al final se han logrado parcialmente los objetivos que se habían planteado al inicio del ingreso.

Trascurridos varios meses tras el alta, la paciente no ha vuelto a ingresar en esta unidad ni en la unidad de agudos, si bien es cierto que su participación en las actividades comunitarias planteadas ha descendido.

9) BIBLIOGRAFÍA

- NANDA Internacional. **Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación.** Elsevier 2009-2011
- Bulechek G.M, Butcher H.K., Dochterman J.M, Wagner C.M. **Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).** 6ta ed. Elsevier. Barcelona, España. 2014.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. **Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).** 5ta ed. Elsevier. Madrid, España. 2014.
- Janelle C.M et al. The time course of attentional allocation while women high and low in body dissatisfaction view self and model physiques. *Psychol Health* 24 351-366 (2009)

TEMA 41. DOLOR INVISIBLE

“LA FIBROMIALGIA”.

ALMUDENA PANIZO LÓPEZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS

METODOLOGÍA

DIAGNÓSTICO

TIPOS

TRATAMIENTO

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Arthritis Research UK. (2013). Fibromyalgia. Retrieved from www.arthritisresearchuk.org/arthritis-information/conditions/fibromyalgia.aspx

www.ineco.org.ar/es/fibromialgia/

Sala Prat A. La nutrición en la fibromialgia y el síndrome de fatiga crónica [monografía en Internet]. Barcelona: Fundación de Afectados y Afectadas de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. [acceso 19 de julio de 2013]. Disponible en:

http://www.parcdesalutmar.cat/mar/FB_SFC_nutricion.pdf

INTRODUCCIÓN

La fibromialgia es una patología reumatológica crónica, cuyo síntoma principal es el dolor crónico, existiendo otros síntomas secundarios como son la ansiedad, la depresión, la fatiga, el insomnio, etc. Se trata de una enfermedad frecuente, con un claro predominio en mujeres, de modo que en España hasta un 4,2% de las mujeres pueden padecer la enfermedad, mientras que únicamente afecta al 0,2% de los varones. Ha sido reconocida recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y clasificada dentro de las Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La FM es una enfermedad reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales y por la OMS desde 1992. Está clasificada con el código M79.7 de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) como una enfermedad de reumatismo no articular.

OBJETIVOS

Actualizar los conocimientos sobre este síndrome de dolor crónico y para promover la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes para poder comprender la enfermedad, favorecer la comunicación, enseñar a vivir saludablemente, y fomentar el asociacionismo en la consulta de Enfermería.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cochrane Library Plus, ScIELO, MEDLINE/PubMed y Google Academic.

La búsqueda incluyó bibliografía desde el 2013 hasta el 2019.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de FM es eminentemente clínico, no puede ser diagnosticada por pruebas de laboratorio y los resultados de radiografías, análisis de sangre y biopsias musculares presentan resultados normales.

El Colegio Americano de Reumatología definió el síndrome de fibromialgia en función de una historia de dolor generalizado de al menos 3 meses de duración, en combinación con sensibilidad en 11 o más de los 18 puntos sensitivos.

Los nuevos criterios diagnósticos también contemplan la medición de escalas: Medir el índice de dolor diseminado (Widespread Pain Index, WPI): evalúa la presencia de dolor en la semana anterior en 19 áreas del cuerpo. Se obtiene 1 punto por cada área, de manera que el resultado puede ser de 0 a 19.

TIPOS

La fibromialgia no está dividida en tipos. Los especialistas han clasificado la patología en tipos para adaptar a cada paciente el tratamiento:

- Tipo I: Pacientes sin ninguna enfermedad concomitante.
- Tipo II: Pacientes con enfermedades reumáticas y autoinmunitarias.
- Tipo III: Pacientes con grave alteración en la esfera psicopatológica.
- Tipo IV: Pacientes simuladores.

TRATAMIENTO

La enfermedad no tiene curación definitiva. El objetivo del tratamiento es mejorar el dolor y tratar los síntomas acompañantes, para conseguir una gran mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.

Es importante conocer la naturaleza de la enfermedad y cuales son los factores desencadenantes de brotes, realizar tratamiento de las alteraciones psicológicas asociadas si las hay (ansiedad y depresión) y ejercicio físico suave diariamente.

Los analgésicos disminuyen de manera parcial el dolor y sólo los debe tomar si su médico se lo indica. Otros grupos de medicamentos utilizados son los relajantes musculares que deben tomarse en tandas cortas y algunos fármacos antidepresivos que aumentan los niveles de serotonina y que mejoran los síntomas de la fibromialgia, pero todos ellos deben suministrarse bajo prescripción médica.

CONCLUSIONES

Actualmente en el Siglo XXI, sigue siendo una Enfermedad desconocida y poco creíble para la Sociedad y para el ámbito Médico. El dolor Crónico e incapacitante que experimentan éstas personas, por la falta de comprensión Social y Médica, llegan a aislarse de la Sociedad. Como no existe ninguna determinación analítica, ni prueba diagnóstica que determine que es cierto que padecen dolor generalizado éstas personas están años de médico en médico hasta tener un diagnóstico. Hasta entonces, van cambiándoles continuamente de tratamientos farmacológicos, con la consecuente adicción a los mismos.

TEMA 42. EL ENVEJECIMIENTO.

**LAURA ARAUJO MORILLAS
MARÍA ISABEL RAMOS SASTRE
ANDREA ÁLVAREZ BALLÓN
ANDREA PIQUERO FERNÁNDEZ**

ÍNDICE

- ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL
- ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL
- CONSECUENCIA DEL ENVEJECIMIENTO
- GERONTOLOGÍA

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El envejecimiento en demografía se refiere a un cambio en la estructura por edades de la población.

En esta época hay más grupos de población en edad adulta y longeva, y menos población joven.

El envejecimiento es consecuencia directa de cambios socioeconómicos que permiten una mayor supervivencia generacional:

- Mejora en la alimentación.
- Mejoras higiénicas y sanitarias.
- Mejores atenciones y cuidados.

ENVEJECIMIENTO INDIVIDUAL

No todos los individuos envejecen por igual, ni en un mismo individuo lo hacen a la misma velocidad los diferentes componentes del organismo.

Consideramos a un adulto mayor cuando sobrepasa la edad de sesenta años.

Envejecemos de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, momentos determinantes y transiciones afrontadas durante toda nuestra vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro, además del lugar y momento en el que vivamos.

Existen estudios que sitúan el inicio del envejecimiento en el nacimiento, aunque tomamos como referencia para este inicio el momento en el que el individuo alcanza su madurez.

La madurez solemos situarla con la pérdida de vitalidad, en cada persona se presenta en distintas edades.

CONSECUENCIA DEL ENVEJECIMIENTO

La principal consecuencia del envejecimiento es la pérdida progresiva de nuestros sistemas de reserva.

La limitación a lo largo de la vida de nuestros sistemas de reserva va a determinar la aparición progresiva, de una mayor vulnerabilidad y una respuesta menos eficaz de los sistemas defensivos del organismo ante cualquier forma de agresión.

Los ancianos presentan más enfermedades crónicas y debido a esto están más predispuestos a las agudas.

Debido a esto las enfermedades pueden manifestarse de forma distinta desde el punto de vista semiológico, pueden dar un aumento de la posibilidad de un fallo multiorgánico, que obliguen a un planteamiento diagnóstico y terapéutico que deberá siempre tener en cuenta el factor edad.

Para personas en la etapa de adulto mayor, y para plantear estos problemas, existen residencias y centros especializados.

GERONTOLOGÍA

Definimos gerontología como la ciencia que se dedica a estudiar los diversos aspectos de la vejez y el envejecimiento de una población.

Esta comprende las necesidades físicas, mentales y sociales, y como son abordadas por las instituciones que les atienden.

BIBLIOGRAFÍA

- https://es.wikipedia.org/wiki/Envejecimiento_humano
- <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ribera-envejecimiento-01.pdf>
- https://es.wikipedia.org/wiki/Envejecimiento_de_la_poblacion

TEMA 43. LA BULIMIA.

SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL

SARA MATÉ SAN MIGUEL

MARIA DE LOS ÁNGELES

GONZÁLEZ DE LA MÉDICA

LAURA ARAUJO MORILLAS

INDICE

- **¿QUE ES LA BULIMIA?**
- **TIPOS DE BULIMIA.**
- **SINTOMAS DE LA BULIMIA**
- **SECUELAS DE LA BULIMIA**
- **TRATAMIENTO**
- **BIBLIOGRAFIA**

¿QUE ES LA BULIMIA?

La bulimia es un trastorno de la conducta alimenticia en la cual la persona se da grandes atracones de comida seguidas de conductas inapropiadas para conseguir controlar su peso (vómitos provocados, enemas, laxantes...). Además tienen una preocupación excesiva por su aspecto físico. Suele comenzar cuando la persona fruto de su insatisfacción personal siente que debe perder peso.

Esta enfermedad suele tener una mayor incidencia en las mujeres que en hombres, debido a los cánones de belleza actuales y se inicia en la adolescencia o principio de la edad adulta.

TIPOS DE BULIMIA

- Existen, principalmente, dos tipos de bulimia:
 - Bulimia purgativa: El método utilizado en este tipo de patología es, principalmente, el método compensatorio que lleva a la inducción del vómito, el excesivo uso de enemas, diuréticos y laxantes.
 - Bulimia no purgativa: En este caso, los pacientes recurren a práctica de ejercicio físico de forma intensa y compulsiva.

La principal diferencia entre ambas bulimias es que con la no purgativa no se provocan el vómito y no llegan a recurrir a la utilización de laxantes, diuréticos o enemas.

SINTOMAS DE LA BULIMIA

Entre los signos y síntomas de la bulimia nerviosa se encuentran los siguientes:

- Temor al aumento de peso e insatisfacción por su cuerpo.
- Comer de una forma compulsiva para a continuación provocarse el vómito.
- Desgaste del esmalte dental por el continuo contacto con los ácidos estomacales, reflujo e indigestiones.
- En el caso de las mujeres, menstruaciones irregulares o pérdida de la misma.
- Fatiga y debilidad muscular.
- Depresión, ansiedad, baja autoestima y cambios bruscos de humor.

SECUELAS DE LA BULIMIA

Las secuelas pueden variar en función del tiempo y de la gravedad con la que el individuo sufra la enfermedad.

Esta enfermedad puede provocar causas irreversibles y en el peor de los casos provocar un fatal desenlace.

Algunas de las más destacables son las siguientes: deshidratación, disminución del apetito sexual, aumento del riesgo de autolesión y suicidio, alteraciones cardiovasculares (en los peores de los casos el individuo puede llegar a sufrir un paro cardíaco), problemas renales, atrofia en el crecimiento en pacientes que aún están en periodo de desarrollo.

TRATAMIENTO DE LA BULIMIA

- Medicamentos: es común la utilización de antidepresivos para tratar a este tipo de pacientes combinada con la psicoterapia.
- Psicoterapia: esta terapia arroja mejores resultados ya que se encarga de cambiar los pensamientos y negativos hacia los alimentos y cambiarlas por otras mas saludables.
- Hospitalización: En los casos más severos es necesario el ingreso en un centro para lograr alcanzar un peso adecuado.
- Asistencia médica y nutrición: Es necesario el control por parte de especialistas para un plan nutricional adecuado a cada persona.

BIBLIOGRAFIA

- <https://www.psicologia-online.com/bulimia-nerviosa-tipos-causas-sintomas-y-tratamiento-511.html>
- <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=bulimianerviosaenadolescentes-90-P04692>
- <https://enfamilia.aeped.es/temas-salud/bulimia-nerviosa-que-es-por-que-se-produce>
- <https://www.citema.es/tipos-de-bulimia-fases-y-caracteristicas-de-cada-una-de-ellas/>
- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/bulimia-nerviosa>
- <https://www.lifeder.com/tipos-de-bulimia/>

TEMA 44. EUTANASIA.

**MARTHA CECILIA GONZÁLEZ
VARGAS**

MONTSERRAT VIGUERA SOLÍS

YARINA PRIETO ALCAÑIZ

CARLA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

INDÍCE

- INTRODUCCIÓN
- EUTANASIA
- CUIDADOS PALIATIVOS
- SUICIDIO MÉDICO ASISTIDO
- SEDACIÓN PALIATIVA
- DIFERENCIA ENTRE SEDACIÓN Y EUTANASIA
- MODALIDADES DE EUTANASIA
- VENTAJAS
- DESVENTAJAS
- ORTOTANASIA
 - OBSTINACIÓN
TERAPÉUTICA O ENCARNIZAMIENTO
TERAPEUTICO
- CONSECUENCIAS DE LA DISTANASIA

INDICE

- TESTAMENTO VITAL
- EUTANASIA ACTIVA ADMITIDA
- SUICIDIO ASISTIDO LEGAL
- SUICIDIO ASISTIDO PERMITIDO O NO PENALIZADO
- PAÍSES EN PROCESO
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

- Los sanitarios estamos en contacto casi a diario con la presencia de la muerte y, por la naturaleza de nuestra profesión, tenemos que asumirla con estricta responsabilidad técnica ética y humana.
- Morir es una decisión personalizada. Ninguna persona solicita a su médico una eutanasia sin estar convencida de que su sufrimiento es irremediable.
- Todas las leyes aprobadas exigen que se consideren todos los recursos disponibles, como los cuidados paliativos. Analizaremos puntos relevantes al respecto.

EUTANASIA

La muerte es un proceso **natural** que lleva a término de su vida biológica

 No se puede mostrar la imagen en este momento.

- **Origen Etimológico de la**
- **Eutanasia :**
- Deriva del griego *eu* (bien) y
- *thánatos* (muerte), traducida
- como buena muerte; esto
- significa dar la muerte a una
- persona que libremente la solicita,
- para liberarse de un sufrimiento
- que es irreversible y que ella
- considera intolerable.

CUIDADOS PALIATIVOS

Son los cuidados que se ofrecen a los pacientes que se enfrentan a enfermedades que amenazan la vida.

Básicamente tienen en cuenta:

- El derecho a morir dignamente.
- Mejora del confort mediante tratamiento del dolor hasta la muerte, (que esta llegue con el menor sufrimiento).
- Es una práctica con amparo legal.



SUICIDIO MÉDICO ASISTIDO

- La actuación del profesional se limita a proporcionar al paciente los medios imprescindibles para que sea él mismo quien se produzca la muerte, se habla de suicidio médicamente asistido.
- En 1995 el artículo 143 del Código penal español abordó y penó el suicidio asistido “(...) El que induzca al suicidio de otro será castigado con la **pena de prisión de cuatro a ocho años.**”
- Así pues, la ley castiga, con carácter general, la acción de ayudar a otro a quitarse la vida.

SEDACIÓN PALIATIVA

 No se puede mostrar la imagen en este momento.

-
- Es la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para aliviar síntomas refractarios de un paciente con enfermedad avanzada o terminal

DIFERENCIAS ENTRE SEDACIÓN Y EUTANASIA

•Sedación terapéutica:

•Se busca disminuir el nivel de consciencia, con la ***dosis mínima*** necesaria de fármacos, para evitar que el paciente perciba el síntoma refractario.

•La eutanasia

•Busca deliberadamente la muerte anticipada tras la administración de fármacos a ***dosis letales***.

•



No se puede mostrar la imagen en este momento.

MODALIDADES DE EUTANASIA

EL DERECHO A MORIR DIGNAMENTE



No se puede mostrar la imagen en este momento.

MODALIDADES DE EUTANASIA

- **Eutanasia directa.** acciones que producen la muerte de un paciente de forma inmediata. Es la muerte indolora a petición del afectado cuando se es víctima de enfermedades incurables progresiva. Esta a su vez se divide en dos clases:

- Eutanasia activa. Son acciones encaminadas a producir deliberadamente la muerte de un paciente que sufre.

- Eutanasia pasiva. Es omitir o interrumpir un tratamiento médico con resultado de muerte

MODALIDADES DE EUTANASIA

- **Eutanasia indirecta.** Se produce una muerte como efecto secundario de los fármacos sedantes y analgésicos sin haber buscado dicho efecto. También se define como cacotanasia.
- **Eutanasia voluntaria o autónoma:** el paciente, pide que se le aplique.
- **Eutanasia involuntaria o impuesta.** solicitada por terceras personas en beneficio de pacientes actualmente incapacitados.



No se puede mostrar la imagen en este momento.

MODALIDADES DE EUTANASIA

- **Distanasia**. Es la muerte dificultada por el uso de todos los procedimientos tecnológicos disponibles para mantener con vida al paciente y posponer la muerte el mayor tiempo posible. Esto nos lleva a la obstinación terapéutica.
- **Ortotanasia**. Muerte justa, correcta y natural en un momento justo, sin aplicación de medidas o tratamientos desproporcionados.
- **Criptotanasia**. Realización encubierta, clandestina, de prácticas de eutanasia, tanto a petición de los pacientes como sin ella.

VENTAJAS

- El fin del dolor y sufrimiento del desahuciado, y sus familiares.
- Tener una muerte digna, es decir sin mas dolores .
- EL derecho a elegir, lo que desean libremente.
- En muchos casos se practica la eutanasia porque su tratamiento médico es demasiado costoso y el paciente no tiene la ayuda económica para sostenerlo.
- Asisten a los pacientes que dependen de una maquina conectada para vivir , y sin expectativas de vida y que solo quieren descansar.

DESVENTAJAS

- El tener que tomar decisiones en las que se confunden sentimientos de caridad y de culpa, dudas existenciales y espirituales, que se mezclan haciendo aún más complicada la situación.
- Aceptación por parte de familiares y círculos cercanos.
- Se puede considerar un asesinato por un especialista aunque sea a petición de un enfermo terminal.
- Consideración de la eutanasia como un suicidio.
- Rechazo por la parte de la población cristiana al considerarlo como inmoral.

ORTOTANASIA

- Es la **Buena muerte**, en el sentido de muerte en el momento biológico adecuado.
- Se alcanza rechazando el empleo de medios desproporcionados para el mantenimiento ni retrasos de la vida, procediendo a la aplicación de los máximos tratamientos paliativos.
- Es la actitud defendida por la mayoría de las religiones y el concepto jurídico legal admitido en España.

Se diferencia de la eutanasia en que **nunca pretende deliberadamente la muerte del paciente**

OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA O ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO

Según Sans Sabrafen y Abel Fabre, letrados en el tema, la expresión de encarnizamiento terapéutico implica una intencionalidad o, por lo menos, conciencia de que se trata de algo inmoral, que no se corresponde en la mayoría de casos con la intención del médico.

Por todo ello, se considera como expresión adecuada la de obstinación terapéutica.

CONSECUENCIAS DE LA DISTANASIA

- Causar dolor y sufrimiento innecesario a pacientes y familiares.
- Reflexión de los ciudadanos y pacientes sobre la necesidad de contar con apoyo legal para protegerse del considerado poder incontrolado de médicos en el tratamiento de los enfermos.
- Creación de un clima favorable a la despenalización de la eutanasia activa al valorar que es mejor la muerte que el sufrimiento inútil.
- Disminución de la confianza en los médicos y en la asistencia hospitalaria.

TESTAMENTO VITAL,

También llamado **Documento de Instrucciones Previas,** o **Testamento de Voluntades Anticipadas,** es un documento en el que el paciente deja constancia escrita de su voluntad con relación a los tratamientos médicos a los que desea someterse o no, en caso de enfermedad, llegado el momento en que no pueda expresarse por sí mismo; o, una vez fallecido, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos.

Facilita a los profesionales de salud la toma de decisiones respetuosas con la voluntad del enfermo cuando este no tiene ya capacidad para decidir por sí mismo.

EUTANASIA ACTIVA ADMITIDA

HOLANDA

Aprobada en 2002

COLOMBIA

Se dicto sentencia 1998,
entró en vigor 2015

BÉLGICA

Aprobada en 2002
Menores en 2014

CANADÁ

Suicidio asistido en
2015 . Eutanasia 2016

LUXEMBURGO

Aprobada en 2005.

AUSTRALIA

Aprobada en 2017, entra
en vigor 2019

SUICIDIO ASISTIDO LEGAL

- **Estados Unidos de América:**
 - Oregón (1997)**
 - Washington (2008)**
 - Montana (2008)**
 - Vermont (2013)**
 - California (2015)**
 - Colorado (2016)**
 - Columbia (2017)**
- **Suiza (1937)**

SUICIDIO ASISTIDO PERMITIDO O NO PENALIZADO



ALEMANIA, ALBANIA Y JAPÓN

PAISES EN PROCESO

- **ESPAÑA**

El congreso aprobó una proposición de ley que pretende reformar el artículo 143,4 del Código Penal para despenalizar la eutanasia.

Actualmente, existe una especie de eutansia pasiva regulada por la ley de Autonomía del paciente, que reconoce el derecho de los enfermos a rechazar la atención médica y expresar sus deseos en forma de testamento en vida.

PAISES EN PROCESO

- **PORTUGAL:**

El parlamento debate y vota 4 proyectos de ley sobre la despenalización de la eutanasia.

Eutanasia...

¿"ayudar a morir" o matar?



BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Abellán Salort, JC. Bioética, Autonomía y libertad. Ed: Fundación Universitaria Española. 2006: p134-135.
- **Libros:** Ayuso Murillo D, Grande Sellera RF. La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2007.
- **Artículo de revistas:** Agejas JA, Parada JL, Oliver I. La tarea de ser mejor. Curso de ética. Universidad Francisco de Vitoria. 2007: p.164

BIBLIOGRAFÍA

• **Página WEB:(internet)** Agencia EFE: Situación de la eutanasia y el suicidio asistido en el mundo. [actualizado 5 abr. 2019; citado 10 jun 2019]. disponible en:

[https://www.efe.com/efe/espana/infos/situacion-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido-en-mundo/50000500-3945109.](https://www.efe.com/efe/espana/infos/situacion-de-la-eutanasia-y-el-suicidio-asistido-en-mundo/50000500-3945109)

- **Ilustraciones:** Ovidio Solis, Adriana Fernandez.
- **Fotos:** Martha González.

TEMA 45. MENTORING.

CARLA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

MONTSERRAT VIGUERA SOLÍS

YARINA PRIETO ALCAÑIZ

MARTHA CECILIA GONZÁLEZ VARGAS

ÍNDICE

- 1º INTRODUCCIÓN
- 2º OBJETIVOS
- 3º DESARROLLO
- 4º DESARROLLO
- 5º CONCLUSIONES
- 6º BIBLIOGRAFIA

1º INTRODUCCIÓN

El mentoring es un proceso mediante el cual una persona con más experiencia (el mentor) aconseja o sirve de guía en el desarrollo personal y profesional a otra (el mentorado).

Gracias a esto una persona puede descubrir oportunidades para mejorar y es escuchado por otra persona que le ayudará a esta en todo el proceso mediante su ejemplo de cómo seguir adelante.

2º OBJETIVOS

El objetivo primordial es mejorar la calidad de vida de las personas drogodependientes y con ello facilitar la reinserción tanto en lo social como en lo laboral.

Ademas de establecer y/o reforzar valores y dar conocimiento a los "mentorados" de las diferentes posibilidades y salidas que tienen en la reinserción laboral

3º DESARROLLO

- Primera parte

Esta actividad esta enfocado a drogodependientes que contarán con la ayuda y asesoramiento de ex drogodependientes, mediante charlas de varias sesiones en el que los acompañarán en su proceso de desintoxicación que serán importantes para ellos y para su círculo más cercano, porque muchos de ellos/ellas tienen hijos y cuando se produce el consumo de drogas por parte de los padres, una situación de conflictividad en el hogar, ausencia de habilidades educativas...etc, pueden ser indicios del consumo de drogas en los hijos/hijas.

4º DESARROLLO

- Segunda parte

Además los drogodependientes compartirán sus experiencias y esto favorecerá la empatía hacia los demás, así como su autoestima y ánimo para volver a formar parte en la vida activa y laboral.

Para así poder empezar de una forma segura y concienzuda su nueva vida.

5º CONCLUSIONES

Se trata de conocer las causas que inducen a estas personas a la adicción y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo para ayudar a estas personas a que recuperen su autonomía, la responsabilidad, capacidad para tomar sus propias decisiones, es decir ayudarles a volver a ser miembros activos en la sociedad.

6º BIBLIOGRAFÍA

Fundación C.E.S.P.A. - Proyecto Hombre de Asturias [Internet]. Asturias. 2012 [20 may 2018]. Disponible en:
<https://www.proyectohombreastur.org/>

TEMA 46. FRAGILIDAD EN EL ANCIANO.

**ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ
ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ
INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ
MARIA DEL PILAR CUERVO ÁLVAREZ**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **MATERIAL Y MÉTODO**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIONES**

INTRODUCCIÓN

Según la Real Academia Española, “frágil” es algo “débil, que puede deteriorarse con facilidad”. La literatura científica internacional describe la fragilidad en los ancianos como un cuadro clínico observable en el que existe un riesgo aumentado de deterioro de la funcionalidad que, aunque asociado a comorbilidad y a discapacidad, puede presentarse de forma independiente.

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos par la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

OBJETIVOS

- Definir los criterios que más habitualmente determinan la fragilidad en el anciano.
- Conocer si existe relación entre la fragilidad y el deterioro cognitivo, y su relación con comorbilidad y discapacidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica durante los meses de Enero y Febrero de 2018 para determinar el marco teórico y conceptual de la fragilidad en el anciano, se realizó en las principales bases de datos: COCHRANE, PubMed, SCIELO. Usando las palabras clave: fragilidad, cuidados enfermería. Y en inglés: geriatric evaluation, results, fragility. Con un filtro de los últimos 5 años.

RESULTADOS

Los requisitos que determinan la fragilidad son multifactoriales. Entre los criterios que determinan la fragilidad diferentes autores proponen:

- Se mayor de 75 años. Algunos autores aumentan a 80 años.
- Pluripatología/comorbilidad.
- Polimedicación.
- Problemas cognitivos o afectivos.
- Reingresos hospitalarios frecuentes. Hospitalización reciente.
- Patología crónica invalidante.
- Déficits sensoriales (auditivo y/o visual)

- Deterioro cognitivo.
- Caídas.
- Alteraciones afectivas: depresión, ansiedad.
- Sin soporte social o deficitario.
- Problemas de morbilidad.
- Síndromes geriátricos.
- Pobreza.

Martin Ritt et al en sus estudios para evaluar y comparar las medidas de fragilidad, comorbilidad y discapacidad en la predicción de la mortalidad a un año en pacientes geriátricos hospitalizados establecen para la medición de la fragilidad diferentes escalas: la Escala de Fragilidad Clínica de siete categorías (CSF-7), un Índice de fragilidad de 41 ítems (FI) y la Escala FRAIL. Se administró a los pacientes la escala de fragilidad del Estudio de Salud Cardiovascular (CHS), la Escala de Calidad de Vida Corta relacionada con la Salud (SF-36) y el Modelo de Riesgo de Caída Hendrich II.

Castell et al en su estudio de prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. La fragilidad se definió por la presencia de tres o más de los siguientes criterios (basados en los criterios de Fried): pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular, agotamiento, lentitud al caminar y baja actividad física. El estudio muestra un aumento lineal de la fragilidad a partir de los 75 años, sin encontrar diferencias por sexo en ningún quinquenio. Todos los criterios de fragilidad aumentaron con la edad, salvo “pérdida de peso”. Se observaron diferencias entre sexos en el criterio “agotamiento”. Un 23% de las personas mayores con fragilidad no presentaban ni discapacidad ni comorbilidad.

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes. La definición tiene dos aspectos:

1. Existe una disminución de las reservas fisiológicas en múltiples áreas o dominios, como la resistencia, la flexibilidad y la fuerza muscular, el balance o equilibrio, el tiempo de reacción, coordinación, funcionamiento cardiovascular, audición, visión, nutrición y funcionamiento cognitiva.

2. Existe una predisposición a sufrir efectos adversos para la salud ante situaciones estresantes de la vida cotidiana, donde la magnitud de la situación no siempre está en correspondencia con el menoscabo que origina en la salud, produciéndose gran deterioro funcional.

Varios estudios han relacionado el síndrome de fragilidad con biomarcadores y reactantes de fase aguda, inflamación, metabolismo y coagulación, en particular: proteína C reactiva, altos niveles del factor VIII de coagulación y fibrinógeno, insulina, glicemia, lípidos y proteínas como la albúmina.

CONCLUSIONES

Actualmente, el concepto de fragilidad en el anciano no está consensuado.

El incremento de la población anciana conlleva un aumento de la dependencia que genera una pérdida de funcionalidad, mayor comorbilidad y consecuentemente mayor número de ingresos hospitalarios.

Fragilidad, comorbilidad y discapacidad son entidades clínicas independientes que requieren estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas diferentes.

BIBLIOGRAFÍA

- **Hervás A, García de Jalón E. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano. Perspectiva desde un centro de salud. An. Sist. Sanit. Navar. 2005, Vol. 28, N° 1, enero-abril.**
- **Carlos Gil AM, Martínez Pecino F, Molina Linde JM, Villegas Portero R, Aguilar García J, García Alegría J, Formiga Pérez F. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AETSA 2007/03.**

- **Castell Alcalá MV, Otero Puime A, Sánchez Santos MT, Garrido Barral A, González Montalvo JI, Victoria Zunzunegui M. Prevalencia de fragilidad en una población urbana de mayores de 65 años y su relación con comorbilidad y discapacidad. 2009. Disponible en: www.elsevier.es/ap**
- **Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. Gerokomos 2013; 24 (1): 8-13.**

TEMA 47. SINDROME DE BURNOUT.

BÁRBARA DELGADO MONFRINO

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. CAUSAS
3. SÍNTOMAS
4. PREVENCIÓN
5. TIPOS
6. DIAGNÓSTICO
7. TRATAMIENTO

1.INTRODUCCIÓN

El Síndrome Burnout (quemado, fundido) es un trastorno emocional de reciente creación que está vinculado con el estrés laboral y el estilo de vida del empleado. Está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a afectar a sus relaciones interpersonales y/o provocar profundas depresiones.

Los trabajadores del sector servicios y los profesionales sanitarios y docentes son los que presentan mayores prevalencias de burnout..

2. CAUSAS

- Exigencias laborales excesivas.
- Condiciones de trabajo que originan tensiones.
- Poca autonomía.
- Falta de apoyo social.
- Falta de formación para desempeñar las tareas.
- Expectativas respecto a su actividad laboral que no se ajustan a la realidad cotidiana.
- Desequilibrio entre la vida laboral, familiar y social.
- Cualidades personales: personas conformistas, inseguras y dependientes tienen más posibilidades de sufrir depresión y ansiedad.

3. SÍNTOMAS

- Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
- Baja autoestima.
- Poca realización personal.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Dificultad para concentrarse.
- Comportamientos agresivos.
- Dolor de cabeza
- Taquicardia.
- Insomnio.
- Bajo rendimiento.
- Absentismo laboral.
- Aburrimiento.
- Impaciencia e irritabilidad

4.PREVENCIÓN

- La empresa del empleado debe tomar las decisiones y las medidas adecuadas para intentar reducir el estrés y la ansiedad.
- Además el trabajador puede adquirir una actitud asertiva y modificar las expectativas que tiene en el trabajo.

5.TIPOS

- Burnout activo: El empleado mantiene una conducta asertiva. Se relaciona con elementos externos a la profesión.
- Burnout pasivo: Suele tener sentimientos de apatía y se relaciona con factores internos psicosociales.

6. DIAGNÓSTICO

Los especialistas tienen que conocer los síntomas de la patología y realizar una entrevista clínica con el empleado que permita conocer cómo es su situación dentro de la empresa y cómo está organizado el trabajo.

7. TRATAMIENTO

Reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión:

- Evalúe sus opciones.
- Ajuste su actitud.
- Evalúe sus intereses, habilidades y pasiones.
- Haga algo de ejercicio.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín, Ramos Campos y Contador Castillo (2006)
“Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos”, *Psicothema*, vol.18, nº4, pp. 791-796.
- El síndrome de quemarse por el trabajo(Burnout): grupos profesionales de riesgo(1980-2006); Pedro R. Gil-Monte, Bernardo Moreno-Jiménez; Editorial Pirámide;2007
- Manual intervención psicológica en estrés laboral, mobbing y síndrome de burnout de Interconsulting Bureau, S.L. (ICB Editores);2012
- Neurociencias y Psicobiología del Estrés Laboral;Cólica, P.; 1º edición ;Editorial Brujas;2017

TEMA 48. TRATAMIENTO INTEGRAL DE LOS TRASTORNOS ANORÉXICOS EN ANCIANOS.

**ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA
LORENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ
RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ**

ÍNDICE

- . INTRODUCCIÓN
- . OBJETIVOS
- . DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES
- . BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso único para cada persona, el deterioro de las distintas funciones vitales no se produce de igual manera en todos los individuos, variando por causas tan diversas como la genética, los estilos de vida, los condicionantes ambientales, etc.

Teniendo siempre presente este hecho, sí que con todo es posible describir aquellos problemas que generalmente van asociados a la edad, como por ejemplo las pérdidas de visión, movilidad, calidad de sueño y tantos otros problemas que a la larga y de vivir lo suficiente afectan a casi todos los ancianos.

Los trastornos anoréxicos suponen una grave merma en la calidad de vida y un factor de riesgo en ocasiones vital para las personas de edad avanzada.

Analizar las causas de este problema es la mejor estrategia para abordar un tratamiento tanto más perentorio cuanto mayor sea la edad del paciente, ya que la desnutrición es un asesino potencial y uno de los primeros objetivos en la mira de la geriatría.

Un anciano anoréxico es ya un anciano frágil, y la fragilidad es la antesala de las peores patologías causantes de dependencia física y social.

Entre un 20 y un 30 % de los ancianos sufren este problema de forma fisiológica, como una de las consecuencias de su deterioro progresivo, pero a éstos hay que añadirles los que tienen en origen otras causas como las farmacológicas o como síntoma de alguna otra patología y que pueden ser entre un 25 y un 35%. Sumadas estas cifras podemos valorar la importancia de este tema.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

-Enunciar las principales vías de abordamiento terapéutico de la anorexia en el anciano.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

-Analizar las principales causas que provocan la anorexia
-Plantear la necesidad de un tratamiento integral y multidisciplinar

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Entre las causas que producen trastornos anoréxicos podemos diferenciar:

-CAUSAS FISIOLÓGICAS

- .Depresión
- .Demencia
- .Disfagia
- .Pérdida del sentido del gusto
- .Pérdida de apetito
- .Disminución de la actividad física

- -CAUSAS FARMACOLÓGICAS
- .Efectos secundarios de muchos medicamentos que las personas mayores toman para sus afecciones agudas o crónicas, tales como analgésicos, antidiabéticos, antidepresivos, ansiolíticos, antihipertensivos, etc

- -SÍNTOMA DE ALGUNA OTRA PATOLOGÍA
- .Problemas digestivos, dispepsia, estreñimiento, diarreas agudas o crónicas
- .Infecciones de todo tipo
- .Cáncer
- .Afecciones cardiorrespiratorias.
- .Problemas renales
- .Enfermedades endocrinometabólicas
- .Ictus.

Dado lo complejo de las causas resultaría vano intentar un acercamiento al problema ignorándolas. Cualquier tratamiento pasa necesariamente por abordar el origen del trastorno.

Hay que tener en cuenta también que no se aborda de la misma manera si el anciano convive en el grupo familiar que si se encuentra institucionalizado.

Ha de realizarse una intervención interdisciplinar, que intente en todo momento:

- que el anciano se sienta comprendido y valorado

- no convertir el momento de la comida en un drama, sino en algo placentero

- mejorar el gusto y la variedad de los alimentos, buscando los sabores intensos y las texturas naturales

- vigilar los posibles efectos secundarios de los medicamentos

Intentar potenciar la actividad física en la medida de lo posible

Vigilar los posibles cambios en el apetito por si pudiera tratarse de un síntoma de una enfermedad

Suplementar si es necesario para conseguir mejorar la nutrición

Es fundamental concienciar al anciano y a su entorno de la necesidad de nutrirse adecuadamente y de mantener además el placer de la comida, evitando el tomar decisiones sobre su dieta sin consultarle o informarle.

Desde el punto de vista médico debe primar la calidad de vida sobre cualquier otro aspecto, y un anciano que se niega a comer generalmente está enviando un mensaje que no se puede ignorar.

BIBLIOGRAFÍA

Nutrición en el **anciano**

AS Casanovas - en atención primaria, 2001 -
enfermeriaaps.com

Anorexia y desnutrición en el envejecimiento: una visión integral.

KVR Delgado - Revista Médica de la Universidad de Costa Rica, 2018 - revistas.ucr.ac.cr

Sarcopenia en **ancianos**

RB Peláez - Endocrinología y Nutrición, 2006 – Elsevier

La imagen corporal en los **ancianos**: Estudio descriptivo

CM Sarabia Cobo - Gerokomos, 2012 - SciELO Espana

Anorexia y adelgazamiento en el **anciano**

A Raynaud-Simon - EMC-Tratado de Medicina, 2007 – Elsevier

Detección y evaluación del **anciano** con desnutrición o en riesgo

TEMA 49. ABORDAJE DE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS EN EL LABORATORIO CLÍNICO.

**JUAN CARLOS PASCUAL ORNIA
MARIA TERESA ALONSO SUAREZ**

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Ley de prevención de Riesgos Laborales.
3. Los Riesgos Biológicos.
4. Los Equipos de Protección Individual.
5. Conclusiones.
6. Bibliografía.

1.- INTRODUCCION

En la siguiente presentación pondremos de manifiesto las relaciones entre algunos artículos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y los Riesgos Biológicos en los entornos sanitarios,

Mostraremos igualmente la importancia de los Equipos de Prevención Individual.

2.- LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

- Siguiendo a la CSI (2019), podemos destacar de la ley:

CAPÍTULO III. DERECHOS Y OBLIGACIONES.

ARTÍCULO 14. DERECHO A LA PROTECCIÓN FRENTE A LOS RIESGOS LABORALES.

- 1.- Los trabajadores tienen derecho a la protección, seguridad y salud en el trabajo.
- El empresario tiene el deber de proteger a sus trabajadores, frente a los riesgos laborales.
 - Las Administraciones públicas deben proteger a sus trabajadores, frente a los riesgos laborales.
 - Los trabajadores tienen derecho a la formación en riesgos laborales y a la paralización de un trabajo, en caso de grave riesgo.

2.- El empresario deberá garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en sus trabajos.

- Deberá realizar prevención con los trabajadores.

3.- El empresario debe cumplir con la normativa de prevención de riesgos laborales.

- Los trabajadores deben cumplir las obligaciones establecidas por la normativa.
- El coste de las medidas de prevención de riesgos laborales no recaerá sobre los trabajadores.

ARTÍCULO 15. PRINCIPIOS DE LA ACCIÓN PREVENTIVA.

1.- El empresario deberá:

- evitar riesgos,
- evaluar riesgos inevitables,
- combatir riesgos,
- adaptar el trabajo a la persona y especialmente si el trabajo es monótono y repetitivo,
- tener en cuenta la evolución de la técnica,
- sustituir lo peligroso por lo seguro,
- planificar la prevención,
- incidir más en la prevención colectiva que en la individual,
- instruir adecuadamente a los trabajadores en riesgos laborales.

2.- El empresario deberá tener en cuenta las capacidades de los trabajadores al asignarles las tareas.

3.- El empresario asignará a los trabajadores bien informados, tareas de riesgo especial.

4.- Las medidas preventivas deben tener en cuenta posibles distracciones o imprudencias, no temerarias, por parte de los trabajadores.

5.- Se podrán concertar operaciones de seguro:

- en la empresa hacia sus trabajadores,
- en el caso de los trabajadores autónomos y
- en el caso de los trabajadores de cooperativas.

ARTÍCULO 16.

EVALUACIÓN DE RIESGOS.

- 1.- La acción preventiva se realizará después de evaluar los riesgos de los trabajadores en seguridad y salud. Si cambian las condiciones de trabajo, deberá haber una nueva valoración de los riesgos laborales.
- 2.- Actividades de prevención. Si cambian las condiciones de trabajo, habrá un cambio en las condiciones de prevención.
- 3.- Ante un daño en la salud de los trabajadores, habrá una investigación por parte del empresario, para localizar las causas de esos daños.

ARTÍCULO 17. EQUIPOS DE TRABAJO Y MEDIOS DE PROTECCIÓN.

- 1.- Los equipos de trabajo deben ser adecuados para garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores.
- 2.- El empresario debe proporcionar, en determinados casos, equipos de protección de trabajo individuales.

3.- LOS RIESGOS BIOLÓGICOS.

- Son seres vivos que pueden dañar la salud de los trabajadores porque su actividad facilita el contacto con ellos (bacterias, virus, hongos, parásitos) (RODIO, 2016).
- Riesgos biológicos son aquellos que se producen por agentes vivos o por derivados de éstos, dentro de los cuales se incluyen: bacterias, virus, hongos y parásitos (protozoos, artropodos, helmintos (Evangelina Pérez de la Plaza y Fernández Espinosa, 2016).

- También se consideran riesgos las reacciones tóxicas o alérgicas producidas por el contacto con estos agentes o con productos derivados de ellos. El medio hospitalario es el que mayores riesgos conlleva para la hora que se desencadenen enfermedades infecciosas. Las características de los hospitales debido a su gran desarrollo tecnológico y al gran movimiento de personas en su interior (personal sanitario, enfermos, visitantes, etc. propician un ambiente en el que muchos gérmenes encuentran un medio de cultivo adecuado para desarrollarse y propagarse (Evangelina Pérez de la Plaza y Fernández Espinosa, 2016).

- **Tenemos:**

- **Bacterias:** las enfermedades más comunes causadas por bacterias son la tuberculosis, tétanos, salmonelosis, disentería, brucelosis, estafilococias o estreptococias.
- **Virus:** pueden ser ADN o ARN. Las infecciones más relevantes son: hepatitis, rabia, poliomielitis, herpes, SIDA, sarampión o gripe.
- **Hongos:** son parásitos con infecciones en piel, mucosas y aparato respiratorio.
- **Parásitos:** paludismo, sarna, toxoplasmosis o triquinosis, son algunos ejemplos (RODIO, 2016).

Las enfermedades infecciosas más habituales se pueden producir por:

- Accidentes ocurridos en los laboratorios de diagnóstico y de investigación.
- Contagio por otra persona (enferma o portadora de microorganismos) por vía aérea.
- Transmisión por contacto directo (manos) con ciertos enfermos contagiosos o con fómites (objetos contaminados) (Évangelina Pérez de la Plaza y Fernández Espinosa, 2016).

Las infecciones más frecuentes pueden estar producidas por diferentes microorganismos como: virus (hepatitis, varicela, rubéola, gripe); bacterias (tuberculosis, legiolenosis, salmolenosis, meningitis) y hongos (Cándida, Aspergillus) (Évangelina Pérez de la Plaza y Fernández Espinosa, 2016).

- Los agentes biológicos se clasifican en **cuatro grupos**, según el riesgo de infección que depende de la capacidad del agente de causar enfermedad, la posibilidad de contagio y la existencia de profilaxis o tratamiento eficaz:
 - Grupo 1: agentes con poca probabilidad de causar enfermedad en el hombre.
 - Grupo 2: agentes que pueden causar enfermedad y puede peligrar la salud del trabajador y es poco probable su propagación al resto de la sociedad. Existen tratamientos eficaces para prevenir esta circunstancia.

- Grupo 3: agente patógeno que puede causar grave enfermedad en el hombre y presenta serio peligro para los trabajadores. Hay riesgo de propagación a la sociedad, pero existe tratamiento o profilaxis eficaz.
- Grupo 4: agente patógeno que causa enfermedad grave, con serio peligro para el trabajador. Hay muchas posibilidades de propagación social y no existe tratamiento o profilaxis eficaces (RODIO, 2016).

- Las vías de penetración de los gérmenes son la ingestión, inhalación, dérmica o parenteral.
- Como **medidas preventivas** se incluyen sustituir los agentes más peligrosos por otros que lo sean en menor grado, limitar el tiempo de exposición del trabajador y aplicar la legislación vigente sobre higiene y realizar una vigilancia de salud.
- Como **medidas higiénicas** básicas:
 - Prohibir comer, beber y fumar en zonas de trabajo.
 - Proveer a los trabajadores de las prendas de protección adecuadas.
 - Habilitar cuartos de aseo y retretes adecuados con antisépticos.

- Verificar el buen funcionamiento y almacenaje de los equipos de protección.
- Tener protocolos sobre manipulación de productos peligrosos.
- Permitir al trabajador 10 minutos antes y después de la jornada para su aseo personal.
- Habilitar armarios o taquillas para que no mezclen ropas de trabajo y calle.
- La empresa debe hacerse cargo de la limpieza y desinfección de la ropa de trabajo (RODIO, 2016).

PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO

- Cuando se sospecha que se está encubando una enfermedad infecciosa es necesario llevar a cabo:
- **Examen físico**, que se completa con la realización de:
 - Pruebas generales (análisis de sangre, orina, etc.).
 - Pruebas específicas: para valorar la situación inmunológica del paciente (virus de hepatitis B [VHB], rubeola, virus de inmunodeficiencia humana [VIH], Mantoux, etc.), detectar el microorganismo y llegar a un diagnóstico exacto (Evangelina Pérez de la Plaza, 2016).

- **Valoración.** Después de realizar las pruebas oportunas, se clasifica al trabajador como:
 - **Trabajador protegido:** es aquel que no presenta factores que favorezcan la infección, está adecuadamente inmunizado y siguiendo las normas básicas de higiene, por lo que no precisa de restricciones laborales.
 - **Trabajador susceptible:** presenta factores que predisponen a la infección y que impiden la realización de una adecuada inmunización. En general, estos trabajadores, a pesar de realizar prácticas adecuadas de higiene, precisan de restricciones laborales y siguiendo de un protocolo específico de atención especializada para prevenir y evitar riesgos de contagio a otras personas (Evangelina Pérez de la Plaza, 2016) .

- Cuando el personal sanitario tiene que estar en contacto directo con pacientes VIH positivos (SIDA) debe adoptar precauciones universales que exigen el máximo cuidado al manipular la sangre y otros fluidos orgánicos (Evangelina Pérez de la Plaza, 2016).

4.- LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL.

- El empresario está obligado a dotar de esos medios a sus trabajadores para sus funciones y velar por su efectividad cuando no sean evitables los riesgos por otros medios según el artículo 17 de la LPR (ley de prevención de riesgos laborales).
- Son agentes biológicos los definidos en el Real decreto 66/1997 los causantes de infección, alergia o toxicidad: bacterias, hongos, virus, parásitos y priones.
- Como enfermedades más frecuentes: VHB, VHC, SIDA y TBC > contagio (Rodio, 2016).

- Antes de su implantación se considerará: necesidad de uso (evaluación de los riesgos en el conjunto del centro sanitario para identificar puestos o actividades de riesgo), elección de equipo adecuado, adquisición, normalización interna de uso, distribución y supervisión para que dicha protección sea lo más adecuada posible.
- Para que un EPI (equipo de protección individual) pueda comercializarse y ponerse en servicio, debe garantizar la salud y la seguridad al usuario, sin poner en peligro la seguridad ni la salud de los demás. R.D. 1.407/1992 y se marcará con CE.

- Para la elección del EPI: grado necesario de protección que precisan las situaciones y grado de protección que ofrecen.
- El protocolo de uso incluye zonas o tipo de situaciones a utilizar instrucciones sobre uso correcto, limitaciones de uso, instrucciones de almacenamiento, de limpieza y de conservación, fecha de caducidad y vida útil.

- Están destinados para uso personal, ajustándose a características del trabajador y, el usuario es responsable del mantenimiento y conservación y ha de ser informado e instruido siempre que la entrega sea personalizada. En algunas áreas pueden ser utilizados por varios usuarios sin que origine problemas para la salud e higiene y se gestionará por el Servicio de Prevención.

- Existirá un stock mínimo, existirá información y formación adecuada a todo el personal con riesgo biológico (diferentes equipos, obligatoriedad de uso, recomendaciones y mantenimiento).
- La correcta utilización de los equipos de protección individual en el medio sanitario frente al riesgo biológico como herramienta de protección complementaria a las medidas generales de tipo higiénico es necesaria para la disminución del riesgo por exposición (Rodio, 2016).

5.- CONCLUSION

- Teniendo en cuenta lo que hoy sabemos de prevención de riesgos laborales, de riesgos biológicos y de la importancia de los equipos de prevención individual, se deben tomar todas las medidas de prevención que protejan a los trabajadores y las trabajadoras en el ámbito sanitario.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- CSI (Confederación Sindical de Izquierdas) : *“Temario Parte General Auxiliar Enfermería OPE SESPA”*. Tema 3: “Ley de Prevención de Riesgos Laborales: Derechos y Obligaciones (Capítulo III)”. 2019.
- PEREZ DE LA PLAZA, EVANGELINA y FERNANDEZ ESPINOSA, ANA M^a. : *“Auxiliar de Enfermería”*. Capítulo 16: Riesgos laborales del personal sanitario. Medidas de prevención. Editorial Mc Graw Hill. 2016.
- Rodio : *“Técnicas en cuidados de Auxiliares de Enfermería”*. Tema 12. Salud Laboral. Riesgos laborales en el medio sanitario. Editorial Rodio. Sevilla. 2016.

TEMA 50.SIDA EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN

LAURA ARAUJO MORILLAS

**MARIA DE LOS ÁNGELES GONZÁLEZ
DE LA MÉDICA**

SARA MATÉ SAN MIGUEL

SORAYA GUTIERREZ SAN MIGUEL

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- SÍNTOMAS
- PREVENCIÓN
- FACTORES DE RIESGO
- CAUSAS
- DIAGNÓSTICO Y EXÁMENES
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Definimos el síndrome de inmunodeficiencia adquirida(SIDA) como una afección crónica, capaz de poner en riesgo la vida.

Esta está provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); daña el sistema inmunitario, interfiriendo en la capacidad del cuerpo para combatir los organismos que provocan enfermedades. A medida que el Sistema Inmunitario se debilita la persona infectada entra en riesgo de contraer infecciones o incluso cáncer, pudiendo ser mortales.

Principalmente es una infección de transmisión sexual, pero se puede transmitir por otras vías.

Una vez que una persona tiene este virus, permanece de por vida en su cuerpo.

En la actualidad el VIH no tiene cura, pero existen medicamentos que disminuyen el avance de la enfermedad de manera significativa.

SÍNTOMAS

Estos varían según la etapa de la infección en la que se encuentre.

▪ ***Infección primaria (VIH agudo)***

Fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular y articular, erupción cutánea, dolor de garganta y llagas en la boca, ganglios linfáticos inflamados.

▪ ***Infección por el VIH sintomática***

Junto con los anteriores nombrados:

Fatiga, adelgazamiento, diarrea, Candidiasis Oral, Herpes Zóster, aftas, infecciones graves recurrentes, mareos y aturdimiento, fácil formación de hematomas, tos seca, protuberancias violáceas en la piel y boca, sangrado de boca, nariz, ano o vagina.

PREVENCIÓN

Hay muchas maneras de prevenir el SIDA, son las siguientes:

- Manteniendo relaciones sexuales sólo con una pareja no infectada por el VIH.
- Usando correctamente los preservativos.
- Conociendo su estado serológico y el de su pareja.
- Conociendo el riesgo de exposición de las distintas prácticas sexuales.

- Utilizar siempre material estéril, evitar el uso compartido de jeringuillas, agujas y otros útiles de inyección.
- No compartir cuchillas de afeitar o cepillos de dientes.
- La profilaxis pre-exposición (PreEP).
- La profilaxis pos-exposición (PEP).

FACTORES DE RIESGO

- Tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo.
- Padecer otra infección de transmisión sexual (sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.)
- Pincharse accidentalmente con una aguja.
- Compartir material infectivo contaminante.

- Recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado.

CAUSAS

El virus se puede transmitir de una persona a otra de las siguientes formas:

- A través del contacto sexual.
- A través de la sangre. Por transfusiones sanguíneas o por compartir agujas.
- De la madre al hijo.
- Al recibir un órgano de un donante infectado.

DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO

Realizar las pruebas para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un proceso de 2 pasos, incluye un examen de detección y pruebas de control.

Las pruebas pueden ser mediante:

- Sangre extraída de una vena.
- Una muestra de sangre obtenida pinchando un dedo.
- Un hisopo con una muestra de saliva.
- Una muestra de orina.

BIBLIOGRAFÍA

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000594.htm>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hiv-aids/symptoms-causes/syc-20373524>
- <http://www.calcsicova.org/es/epidemiolog%C3%AD-vih>
- <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/elisa-13695>
- <http://www.seisida.es/como-se-previene-la-transmision-del-vih/>
- <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prep.html>

TEMA 51. TERAPIA OCUPACIONAL CON ANIMALES Y PLANTAS EN ANCIANOS. PROYECTO DE GRANJA.

**VERÓNICA LORENZO GARCÍA
ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS
ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ**

ÍNDICE

- .INTRODUCCIÓN**
- .OBJETIVOS**
- .METODOLOGÍA**
- .FINANCIACIÓN**
- .RESÚMEN**
- .BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Las distintas modalidades de terapia ocupacional son uno de los pilares fundamentales sobre las que se asienta la gerontología moderna. Mantener un estilo de vida activo, física y mentalmente pese a las dificultades que pueda causar el envejecimiento ayuda a frenar el deterioro y a mejorar significativamente la adaptación de los ancianos a estas dificultades.

No es posible por tanto banalizar o minusvalorar estas actividades estancándose en lugares comunes, es imprescindible una innovación constante, así como investigación seria para valorar los beneficios de estas terapias.

En este proyecto se pretende implementar una terapia combinada con animales y vegetales de huerta, con el fin de dinamizar la vida en una residencia de ancianos de tamaño medio (50 residentes) .

Se pretende analizar el efecto que la granja puede tener en la evolución tanto de aquellos residentes más válidos como de los que sufren incapacidades de todo tipo.

También se pretende comparar este efecto con los de otros programas ocupacionales más convencionales.

Los animales serían unas gallinas, un perro mediano y una oveja.

El proyecto de huerta incluye unos 200 metros cuadrados de huerta tradicional, un pequeño invernadero y 10 cajones elevados de cultivo , a varias alturas diferentes y con acceso para sillas de ruedas.

OBJETIVOS

- DINAMIZAR LAS RELACIONES ENTRE EL GRUPO DE RESIDENTES CON UN PROYECTO QUE LES ILUSIONE
- FAVORECER LAS ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE
- MEJORAR LA ACTIVIDAD FÍSICA

METODOLOGÍA

Se realizará el huerto y la pequeña granja antes descritos, los residentes serán completamente libres de integrarse o no en el proyecto.

Se medirán de forma regular sus constantes físicas, incluyendo escala de dolor.

Se anotará el consumo de analgesia con pauta opcional

Se compararán los resultados de los dos grupos, los participantes y los no participantes.

Se realizará una encuesta de satisfacción entre los usuarios del programa.

RESUMEN

Dentro de la constante innovación que debe regir siempre el ámbito de la geriatría la búsqueda e investigación de nuevas terapias ocupacionales más eficaces, efectivas e ilusionantes para profesionales y usuarios debería ser norma imperativa.

Mejorar la calidad de vida de los usuarios tanto de las residencias geriátricas debería ser la mayor obligación de los profesionales que trabajan en su cuidado.

Otra posible ventaja es el llevar a los ancianos a viajar a su infancia en que esas actividades agrícolas eran la norma, y donde ellos puedenser más maestros que alumnos.

BIBLIOGRAFÍA

[Influencia de los talleres especializados en el diseño de un asilo de **ancianos**, distrito de Casma, provincia de Casma, región Ancash](#)

JC NIEVES LARA - 2018 - repositorio.usanpedro.edu.pe

TEMA 52. EL ANCIANO ALCOHÓLICO. CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS.

**RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ
LORENA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ
ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- HISTORIA
- DIAGNÓSTICO
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

Queremos tratar la problemática del anciano alcohólico en nuestra sociedad, con el objetivo de demostrar la necesidad de considerarla como un problema de salud, así como resaltar la importancia de intervenir en dicha adicción como una forma de prevenirla en las generaciones consecuentes, ya que el anciano es considerado como un modelo a seguir en las familias.



El alcoholismo es un reto para la salud pública por sus efectos en el bienestar individual y familiar.

Se sabe que las personas de la tercera edad son más vulnerables a padecer los problemas de salud relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, algunos de los cuales incluyen: estados depresivos, problemas nutricionales y cardiacos, caídas frecuentes y muerte prematura.



HISTORIA

En las épocas primitivas, los ancianos gozaban de gran prestigio; eran portavoces de las costumbres, y por su experiencia, su consejo era esencial en asuntos importantes para la supervivencia. Ocupaban un lugar destacado y desempeñaban un rol importante al encargarse de transmitir las costumbres de generación en generación.

En la etapa del desarrollo social, la posición frente al anciano cambió, Aristóteles describe a los ancianos como “un producto viciado por los años, no se atreven a asegurar nada y en todo quedan mucho más cortos de lo que se debe. Opinan, pero no están ciertos, cuando , tienen falta de confianza, son mezquinos ,no son generosos, son cobardes y egoístas, ...

El capitalismo impuso a la sociedad en general y a la familia en particular, la vejez fue detestada y los ancianos lanzados al grupo de “los improductivos”, marcados por la incapacidad, el desgaste físico, la fatiga y las enfermedades limitantes o para el trabajo.

Este conjunto de frustraciones convierte a los ancianos en personas de riesgo de consumo de sustancias, en las que buscan alivio y olvido o para enfrentar una vida que cada vez es menor en calidad y cantidad.

El alcoholismo en nuestros mayores es un grave problema de salud, muchas veces ignorado por los síntomas con que aparece, las cuales encubren el cuadro clínico, de manera que los síntomas y la abstinencia que caracterizan la enfermedad (temblor de manos, problemas de sueño, pérdida de memoria, entre otras) se atribuyen erróneamente al envejecimiento y no al alcoholismo.

DIAGNÓSTICO

- Esta adicción en la tercera edad no suele diagnosticarse con facilidad, lo que se debe a varios elementos, algunos de ellos son los siguientes:
- **Pacientes.** Patrón no habitual, diferente al resto de la población; beben en cantidades menores, no hablan de su adicción y por su estilo de vida no tienen complicaciones sociales.
- **Médicos.** El imperativo moral de lo que representa un anciano desde el punto de vista social y afectivo para el personal de salud, así como la devaluación que implica conceptualmente un alcohólico, hacen que los ancianos resulten menos sospechosos en cuanto al diagnóstico de la enfermedad.
- .

- **Factores sociales.** La escasa información verbal o escrita de los malos usos del alcohol entre los ancianos, limitan el etiquetado social del alcohólico.
- **Factores culturales.** La imagen del alcohólico no guarda relación con el concepto de inocencia que se tiene acerca del anciano de nuestra sociedad.
- **Sustancia.** El alcohol es una droga legal, aceptada socialmente.
- **Factores económicos.** Es una droga al alcance de todos, debido a su bajo coste.

La aparición de la enfermedad en la tercera edad es igual que en otras edades; sin embargo, lleva implícitas las características que impone la ancianidad y está asociada a factores de riesgo específicos de tipo personal, familiar y social.

CONCLUSIÓN

La urgencia de la atención al anciano alcohólico se debe a la aparición secundaria de trastornos fisiológicos y psicológicos con mayor rapidez y gravedad que en las personas más jóvenes, a lo que se suma el consumo de medicamentos para el control de enfermedades crónicas propias de la edad, los que interactúan con el alcohol y pueden provocar serios daños a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- BE Díaz, AJ Martínez Lozano... - Revista Cubana de ..., 2003 - scielo.sld.cu
- [AG Martínez](#), OF Machado, EH Meléndrez... - Psicología y ..., 2010 - psicologiaysalud.uv.mx
- FR Gonzalez - Revista Mexicana de Sociología, 1942 - JSTOR
- SG Aguilar-Navarro, J Reyes-Guerrero... - Salud pública de ..., 2007 - medigraphic.com RP Arciniega - Antropología del **alcoholismo** en México: los ..., 1991 - books.google.com
- [M Ceccanti](#), G Balducci, ML Attilia, M Romeo - Adicciones, 1999 - es.adicciones.es
- [AG Martínez](#), OF Machado, EH Meléndrez... - Psicología y ..., 2010 - psicologiaysalud.uv.mx

**TEMA 53. INFLUENCIA DE LOS
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS
PARA LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD
EN PACIENTE CON DEMENCIA Y
DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).**

SARAY MARTIN BASOREDO

ÍNDICE

	DIAP.
• INTRODUCCIÓN	3-4
• OBJETIVOS	4
• MATERIAL Y MÉTODOS	5
• RESULTADOS	6-8
• CONCLUSIÓN	9
• BIBLIOGRAFÍA	10-12

INTRODUCCIÓN

Los síntomas de la depresión y la ansiedad son frecuentes en los pacientes con demencia y deterioro cognitivo leve (DCL). Aunque el tratamiento de estos síntomas se recomienda ampliamente en las guías, no está claro el mejor camino a seguir. Se piensa que los fármacos limitaron la efectividad en este contexto y conllevan el riesgo de efectos secundarios significativos. Los tratamientos psicológicos pueden adaptarse para el uso en pacientes con deterioro cognitivo y pueden ofrecer un tratamiento alternativo.

La ansiedad y la depresión son muy frecuentes en los pacientes con demencia y deterioro cognitivo leve (DCL). Las intervenciones psicológicas se sugirieron como un tratamiento potencial para estas poblaciones. La investigación actual indica que los pacientes con demencia y DCL tienen pocas oportunidades de recibir tratamientos psicológicos para mejorar el bienestar.

Es probable que una revisión sistemática de las pruebas sobre la efectividad sea útil en cuanto a mejorar los resultados para los pacientes y realizar recomendaciones futuras para la práctica.

OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas en la reducción de la ansiedad y la depresión en los pacientes con demencia o deterioro cognitivo leve (DCL).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica durante el mes de Marzo y Abril de 2019 para determinar el marco teórico y conceptual de la efectividad de las intervenciones psicológicas así como la reducción de la ansiedad y la depresión en pacientes con demencia o deterioro cognitivo leve (DCL). Se realizó en la principales bases de datos: COCHRANE, MEDLINE, CINAHL, PUBMED, SCIELO. Usando las palabras clave: Demencia, deterioro cognitivo leve, depresión. Y en inglés: Psychosocial intervention, dementia, cognition, multimodal intervention, clinical practice guidelines. Se obtuvieron 27 artículos en PUBMED, de los cuales se seleccionaron 8, los restantes artículos fueron seleccionados de COCHRANE y otras bases de datos.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras analizar los artículos encontrados son concluyentes. El artículo que hace una revisión más completa es el de Ortega et al. En esta revisión se incluyeron seis ensayos controlados aleatorios con 439 participantes en los que un tratamiento psicológico para pacientes con demencia se comparó con la atención habitual. La mayoría de los participantes presentaban demencia leve, pero un ensayo se realizó en pacientes con demencia más grave que viven en residencias de ancianos. No se encontró ningún ensayo de participantes con DCL. Las intervenciones psicológicas usadas se basaron en los modelos psicológicos establecidos, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), el asesoramiento y la terapia psicodinámica interpersonal. En dos ensayos, el tratamiento psicológico se combinó con otras intervenciones.

Se encontraron pruebas de que los tratamientos psicológicos pueden reducir los síntomas depresivos en los pacientes con demencia. Hubo también algunas pruebas a partir de dos ensayos de que el TCC puede reducir los síntomas de ansiedad calificados por el médico en los pacientes con demencia leve. Debido a la imprecisión de los resultados, no pudo precisarse si los tratamientos psicológicos tuvieron un efecto en la calidad de vida de los pacientes, la capacidad de realizar las actividades cotidianas, los síntomas psiquiátricos generales o la cognición, o en los síntomas depresivos calificados por los propios cuidadores. Sin embargo, la mayoría de los estudios no midieron estos resultados.

El metanálisis mostró un efecto positivo de los tratamientos psicológicos en la depresión (seis ensayos, 439 participantes, diferencia de medias estandarizada [DME] -0,22; intervalo de confianza [IC] del 95%: -0,41 a -0,03; pruebas de calidad moderada) y en la ansiedad calificada por el médico (dos ensayos, 65 participantes, diferencia de

medias [DM] -4,57; IC del 95%: -7,81 a -1,32; pruebas de baja calidad), pero no en la ansiedad calificada por el propio paciente (dos ensayos, DME 0,05; IC del 95%: -0,44 a 0,54) o la ansiedad calificada por el cuidador (un ensayo, DM -2,40; IC del 95%: -4,96 a 0,16). Los resultados fueron compatibles con el beneficio y daño en los resultados secundarios de la calidad de vida del paciente, las actividades cotidianas (AC), los síntomas neuropsiquiátricos y cognitivos, o en los síntomas depresivos calificados por los propios cuidadores. Sin embargo, la mayoría de los estudios no midieron estos resultados. No hubo informes de eventos adversos

CONCLUSIÓN

En la revisión bibliográfica se encontraron:

- 1) Pruebas de que las intervenciones psicológicas agregadas a la atención habitual pueden reducir los síntomas de depresión y la ansiedad calificada por un médico en los pacientes con demencia. Se concluye que las intervenciones psicológicas pueden mejorar el bienestar de los pacientes.
- 2) Se necesitan más estudios de alta calidad para investigar qué tratamientos son más efectivos y para evaluar el efecto de las intervenciones psicológicas en los pacientes con DCL.

BIBLIOGRAFÍA

Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD009125. DOI: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.

Woods 2012

Woods RT, Spector AE, Jones CA, Orrell M, Davies SP. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2 Art. No.: CD001120. DOI: 10.1002/14651858.

Wilson 2008

Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. Cochrane Database Systematic Reviews 2008;23:doi: 10.1002/14651858.CD004853.pub2.

Spector 2012 {published data only}

Spector A, Orrell M, Lattimer M, Hoe J, King M, Harwood K, et al. Cognitive behavioural therapy (CBT) for anxiety in people with dementia: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2012;13:197.

Stanley 2012 {published data only}

Stanley MA, Calleo J, Bush AL, Wilson N, Snow AL, Kraus-Schuman C, et al. The Peaceful Mind Program: A pilot test of a cognitive-behavioral therapy-based intervention for anxious patients with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2012;21(7):696-708.

Tappen 2009 {published data only}

Tappen RM, Williams CL. Therapeutic conversation to improve mood in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Research in Gerontological Nursing* 2009;2:267-75.

.

Waldorff 2012 {published data only}

Waldorff FB, Buss DV, Eckermann A, Rasmussen MLH, Keiding N, Rishøj S, et al. Efficacy of psychosocial intervention in patients with mild Alzheimer's disease: the multicentre, rater blinded, randomised Danish Alzheimer Intervention Study (DAISY). *BMJ* 2012;345:1-14

TEMA 54. LA PREDIABETES EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA.

PATRICIA PÉREZ CASTRO

MARIA DEL AMPARO ARGÜELLES MEANA

YOLANDA GONZÁLEZ GARCÍA

ÍNDICE

- **Introducción**
- **Objetivos**
- **Metodología**
- **Resultados**
- **Conclusiones**
- **Referencias Bibliográficas**

INTRODUCCIÓN

La modificación de los estilos de vida junto a otros factores de riesgo en los últimos años ha generado un incremento considerable tanto de la diabetes como de enfermedades cardiovasculares que están a veces relacionadas. La edad de iniciación es a los 10 años y es la que tenemos que tener en cuenta también sobre el inicio de la pubertad (1).

La Diabetes ha pasado a ser un problema de Salud Pública por su gran aumento en los últimos años según la O.M.S.

Cuando los valores de la glucemia no son normales, pero tampoco son tan altos para considerarse Diabetes Mellitus; Entonces estamos hablando de Prediabetes; es decir; Intolerancia a la glucosa. El páncreas no genera insulina; es la hormona la cual contribuye a las células junto con la glucosa a dar energía (2).

OBJETIVOS

- Determinar las causas y los síntomas en la prediabetes para un diagnóstico temprano.
- Conocer los hábitos más saludables alimenticios junto al ejercicio físico.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre la prediabetes en niños y adolescentes.

Los descriptores fueron: Prediabetes, educación, azúcar y niños. Se han utilizado las bases de datos Medes, Google Académico y diversos artículos científicos.

RESULTADOS

La prediabetes suele aparecer en la infancia y adolescencia con la destrucción de las células beta por autoanticuerpos. "Es decir, el organismo ataca a sus propias células como si fueran extrañas" (3).

La Prediabetes también surge por: Estrés, Depresión, Alteración del sueño, Dietas hipercalóricas, Poca actividad física.

Los síntomas más comunes en los niños y adolescentes son: Aumento de la sed y necesidad de orinar con frecuencia, hambre extrema, adelgazamiento, fatiga, irritabilidad o cambios en el comportamiento, aliento con olor a fruta, visión borrosa y candidosis (4).

Comer frutas, verduras y hortalizas es un hábito alimenticio saludable para llevar una alimentación equilibrada y donde hay que evitar el consumo de grasas saturadas y azúcar.

Según la O.M.S., 60 minutos al día son para realizar ejercicio físico.

Los hábitos de higiene son importantes para mantener una piel hidratada y que así no puedan aparecer heridas.

Tanto en la adolescencia como en la infancia, el aporte de azúcar es importante para el cerebro y para el desarrollo de la actividad física porque permite mantener la glucemia durante el ejercicio y recuperar el glucógeno muscular lo antes posible durante el deporte. Un regulador del esfuerzo es un aporte adecuado de azúcar.

CONCLUSIONES

La prevención de la diabetes es la estrategia básica para reducir su padecimiento de los pacientes y el alto coste social (5).

Lo más importante es que el diagnóstico de la Prediabetes y su control llega a retrasar o a prevenir el desarrollo de la Diabetes.

Los niños y niñas aprenden por imitación por eso debemos darles ejemplo de un estilo de vida sana y saludable fomentándolo desde su hogar.

En los colegios ya se pusieron en marcha semanas donde junto con sus profesores comen fruta. El fin es facilitar la integración de los niños prediabéticos en su entorno habitual; La educación de los niños y niñas comienza en el hogar junto con sus familias.

Como una casa que empieza por un buen pilar, una infancia con un estilo saludable inicia una adolescencia sin diabetes o por lo menos evitando que la desarrollen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Díaz Oscar, Cabrera Rode Eduardo, Orlandi González Neraldo, Araña Rosáinz Manuel de Jesús, Díaz Horta Oscar. Aspectos epidemiológicos de la prediabetes, diagnóstico y clasificación. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2011 Abr [citado 2019 Jun 07] ; 22(1): 3-10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532011000100003&lng=es.
2. Mayoclinic.org. (2019). *Diabetes tipo 1 en niños - Síntomas y causas - Mayo Clinic*. [online] Available at: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-1-diabetes-in-children/symptoms-causes/syc-20355306> [Accessed 7 Jun. 2019].

3.CuidatePlus. (2019). Diabetes: tratamiento, síntomas, causas y prevención.

[online] Available at:

<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>

[Accessed 7 Jun. 2019].

4.Mayoclinic.org. (2019). Diabetes tipo 1 en niños - Síntomas y causas - Mayo

Clinic. [online] Available at: [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-1-diabetes-in-children/symptoms-causes/syc-20355306)

[conditions/type-1-diabetes-in-children/symptoms-causes/syc-20355306](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/type-1-diabetes-in-children/symptoms-causes/syc-20355306)

[Accessed 7 Jun. 2019].

5. Intramed.net. (2009). *Diagnóstico y manejo de la prediabetes -*

Artículos - IntraMed. [online] Available at:

<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=55523>

[Accessed 7 Jun. 2019].

-Partearroyo Teresa, Sánchez Campayo Elena, Varela Moreiras Gregorio. El azúcar en los distintos ciclos de la vida: desde la infancia hasta la vejez. Nutr. Hosp. [Internet]. 2013 Jul [citado 2019 Mayo 24] ; 28(Suppl 4): 40-47. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000005&lng=es.

-Muzzo B Santiago, Rosales R Engracia , Miranda P Isabel , Yates B Lorena , Passeron P Alex . PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA HIPERGLICEMIA INCIDENTAL EN NIÑOS. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2007 Sep [citado 2019 Mayo 24] ; 34(3): 233-239. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000300007&lng=es.

-Hernández Ruiz de Eguilaz M., Batlle M. A., Martínez de Morentin B., San-Cristóbal R., Pérez-Díez S., Navas-Carretero S. et al . Cambios alimentarios y de estilo de vida como estrategia en la prevención del síndrome metabólico y la diabetes mellitus tipo 2: hitos y perspectivas. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2016 Ago [citado 2019 Mayo 24] ; 39(2): 269-289. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000200009&lng=es

TEMA 55. CAMBIOS FISIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES EN EL ENVEJECIMIENTO.

**PATRICIA GUTIÉRREZ PRIETO
JOSE AURELIO BARTOLOMÉ BARBÓN
REBECA FERNÁNDEZ LANA**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El concepto de envejecimiento más aceptado es el definido por Biher y Bourline como “ la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos”.

Este proceso biológico, como es el envejecer, es un proceso lento, constante y sujeto a factores genéticos, sexuales, culturales, socioeconómicos y ambientales produciendo atrofia de órganos y tejidos, disminuyendo la reserva funcional del anciano, disminuyendo la capacidad funcional y limitando la capacidad de respuesta frente a cualquier situación de estrés.

En España existe aproximadamente un 15% de población mayor de 65 años, cifra que va a aumentar debido al descenso de la mortalidad, la natalidad, la mejora de la calidad de vida y los servicios sanitarios.

Es importante considerar que el envejecimiento consta de dos aspectos:

- El envejecimiento se asocia a la posibilidad de enfermar y a la muerte
- El envejecimiento psicológico no siempre va relacionada con la involución física ya que guarda un papel muy importante la actividad que el individuo adopta frente a su decadencia natural.

Por estos motivos parece adecuado realizar una revisión exhaustiva sobre la literatura existente relacionada con los cambios físicos, psicológicos y sociales que influyen en el envejecimiento.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

- Preservar el mayor grado de autonomía del anciano
- Mantener el bienestar bio-psico-social del paciente
- Fomentar el ocio

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimulación cognitiva a través de la reeducación de la memoria; aspecto más importante en el tratamiento rehabilitador y de la terapia de reminiscencia a través de terapias de grupo utilizando material fotográfico, periódicos, vídeos...
- Estimulación sensorial, siendo una buena alternativa la musicoterapia
- Estimulación física a través del ejercicio para mejorar el estado funcional y psíquico
- Evitar el sedentarismo

- Mantener una adecuada nutrición e hidratación
- Potenciar las habilidades en el autocuidado
- Tratar y/o prevenir la incontinencia urinaria y/o fecal, identificando la causa de incontinencia, respetando su intimidad, marcando rutinas horarias, restringiendo el aporte de líquidos antes de acostarse y utilizando ropa fácil de quitar.
- Adopción del medio e identificación de riesgos
- Control de los trastornos del sueño, aumentando la actividad durante el día.
- Promover la orientación enseñando reglas nemotécnicas, acondicionando el medio, estableciendo rutinas y dando información verbal positiva.
- Favorecer la comunicación manteniendo el contacto visual, evitando estímulos que distraigan al paciente, manteniendo la calma mientras se habla, llamándole por su nombre y desdramatizando con humor.

METODOLOGÍA

Basándonos en la evidencia científica existente sobre los cambios sufridos durante el envejecimiento, presentamos esta revisión bibliográfica utilizando páginas web y bases de datos fiables de los últimos diez años. Destacamos como fuente de información:

- Organización mundial de la salud (OMS)
- Biblioteca Cochrane plus
- Scielo
- PUBMED
- MEDLINE

Para llevar a cabo ésta revisión, se utilizaron palabra clave como: anciano frágil, envejecimiento, declive, cuidados, nursing, valoración geriátrica integral y servicios de salud geriátricos.

Con el objetivo de reducir la búsqueda se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Artículos publicados en los últimos 10 años
- Artículos basados en evidencias científicas
- Escritos en inglés o castellano
- Documentos relevantes para el tema escogido

Criterios de exclusión:

- Artículos sin ninguna relevancia con la temática
- Artículos sin ningún rigor ni evidencia científica
- Artículos publicados en fecha superior a 10 años
- Artículos sin autor o incompletos

RESULTADOS

Tras revisar documentos y artículos de los últimos 10 años basados en evidencias podemos definir el envejecimiento como el conjunto de cambios o modificaciones físicas, psicológicas y sociales por las que atraviesa el ser humano como consecuencia del paso del tiempo. (3)

El envejecimiento físico consta de una serie de cambios fisiológicos en el individuo debidos a la disminución de la adaptación y respuesta del mismo a situaciones cotidianas, originando un deterioro del estado físico y una reducción de la funcionalidad personal. (1)

El envejecimiento psicológico es fruto del paso del tiempo vivido en la que se ven afectadas las funciones cognitivas y las funciones afectivas. Funciones importantísimas como la inteligencia. La memoria, la resolución de problemas, el lenguaje, el carácter y la tolerancia a los cambios. (5)

El envejecimiento social está marcado por los cambios sufridos por el anciano en su estado marital, la actitud negativa y discriminatoria que sufren nuestros mayores y que afectan a su salud, la jubilación que conlleva la reducción de ingresos y los problemas de los ancianos con las barreras arquitectónicas en su domicilio y en el entorno. (6)

Es importantísimo la detención precoz de éstos problemas para poder tratarlos adecuadamente. Para eso utilizaremos, como herramienta principal para priorizar los problemas del anciano, la valoración integral (2)(4)(7)

Será necesario la realización de un plan de cuidados, preventivo, terapéutico, rehabilitador e individualizado con el fin de alcanzar un alto nivel de dependencia y una buena calidad de vida (4).

BIBLIOGRAFÍA

1. M.Felipe Salech, L. Jara, AL Michea. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento . Vol 23. Núm 1 pag 4-113. Revista médica clínica Las Condes. Enero 2012
2. Ellis G.Whitehead M, Oneill D, et al. Evaluación geriátrica integral para pacientes de edad avanzada ingresados en el hospital. (Revisión Cochrane traducido). Cochrane Database of sytematc Reviews, 2011 Issue7
3. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización mundial de la salud. 2015
4. Ángela María Domínguez Ardila, Juan Gabriel García-Manrique, Valoración geriátrica integral. Vol 21. Núm 1 pag 1-31. Enero-Marzo 2014.

BIBLIOGRAFÍA

5. M.Sierra Garcia, E. Castro Rodríguez, E. López González, R. Luna, N. Tuset, Jordi Amblás. Fragilidad, trastornos cognitivos y atención integrada en el Prat de Llobregat. Revista española de geriatría y gerontologías. Vol 53 Núm extra 1, pag 1-184. Junio 2018
6. Organización mundial de la salud. Comunicado de prensa, 29 de septiembre de 2016. Ginebra. “Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a la salud”.
7. Engracia Fernández y Montserrat Estévez. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado. Vol 24. Marzo 2013

TEMA 56. CARDIOPATÍAS POR CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

MARTA MARÍA VELASCO ALONSO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CLASIFICACIÓN DE CONTAMINANTES**
- **ELEMENTOS CONTAMINANTES**
- **EFFECTOS EN EL APARATO CARDIOVASCULAR**
- **RECOMENDACIONES**

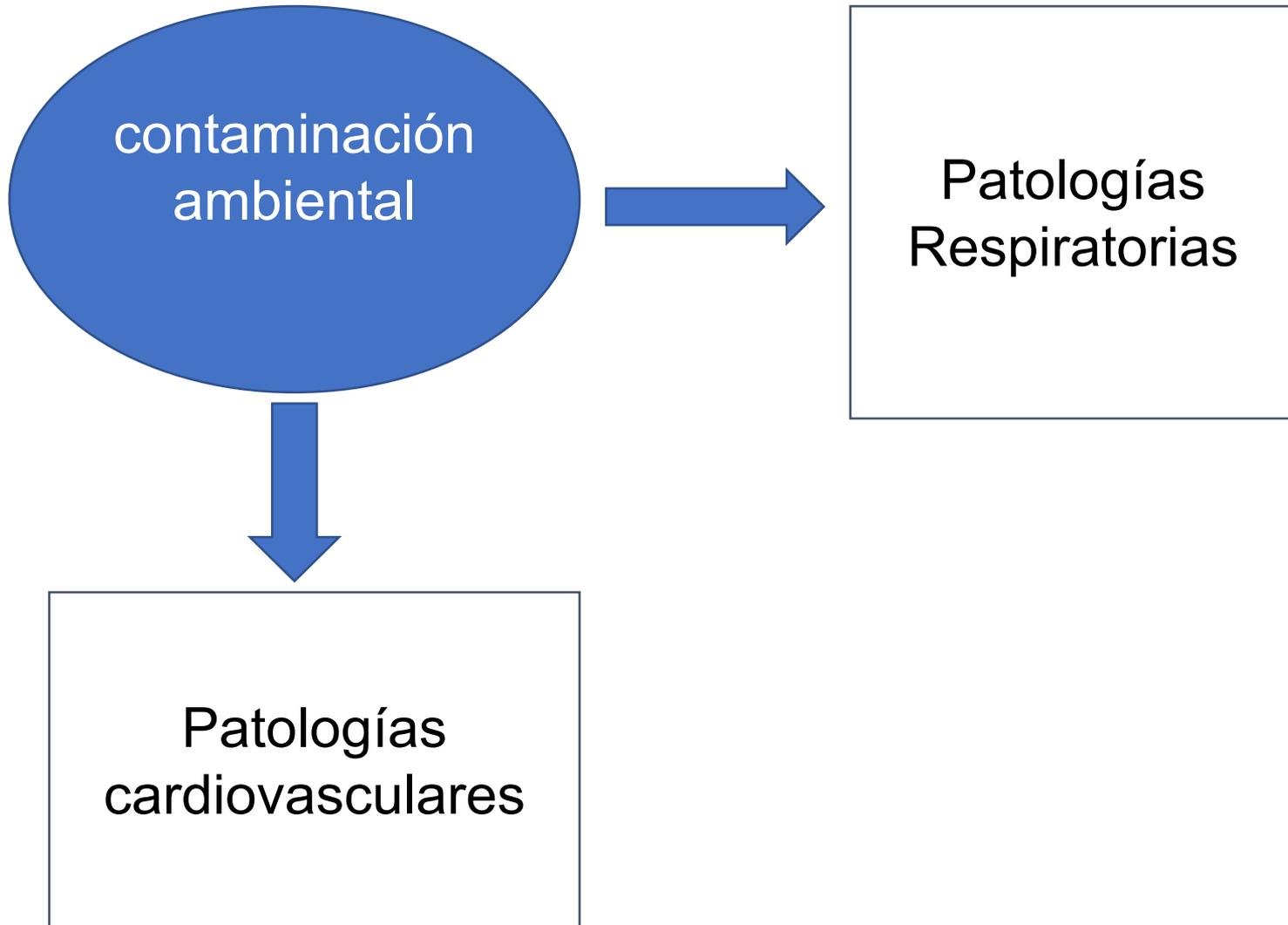
INTRODUCCIÓN

Necesitamos respirar para vivir, sin embargo la calidad del aire disminuida por la contaminación atmosférica, producida en su mayor parte por la industria y la combustión de carburantes de los vehículos a motor, pone en riesgo nuestra salud.

La OMS calcula que 1 de cada 9 muertes que se producen en el mundo están relacionados con la contaminación del aire.

Los ancianos, las personas con patologías respiratorias, personas con factores de riesgo cardiovasculares como, hipercolesterolemia, mala alimentación, estrés o con cardiopatías previas, como angina de pecho, enfermedad isquémica o los niños, son los sectores de población mas susceptibles y a los que afecta de una manera mas importante.

Cabe tener en cuenta, la gran cantidad de aire que entra en nuestro organismo diariamente cargado con un gran número de sustancias contaminantes, exponiéndonos a sus efectos nocivos y las importantes consecuencias que ello implica, entrando a nuestro organismo a través de nuestro aparato respiratorio, instalándose en nuestros pulmones para pasar a nuestro torrente sanguíneo, inundándonos de sustancias perjudiciales.



Clasificación de contaminantes

La contaminación del aire es una amalgama de gases, líquidos y partículas en suspensión.

GASES:

- Ozono. Reacciones fotoquímicas
- Dióxido de nitrógeno (NO_2). Tráfico, industria.
- Compuestos volátiles. Benceno
- Monóxido de carbono (CO)
- Dióxido de azufre. (SO_2). Combustibles fósiles con azufre.

SMOG:

- Niebla tóxica. Producida por una reacción fotoquímica de la luz sobre los gases de tráfico e industria.

PARTICULAS DE MATERIAL. PM

Combinación de partículas sólidas y gotitas líquidas que se encuentran en suspensión en el aire.

Se clasifican en dos grupos según el tamaño de sus partículas:

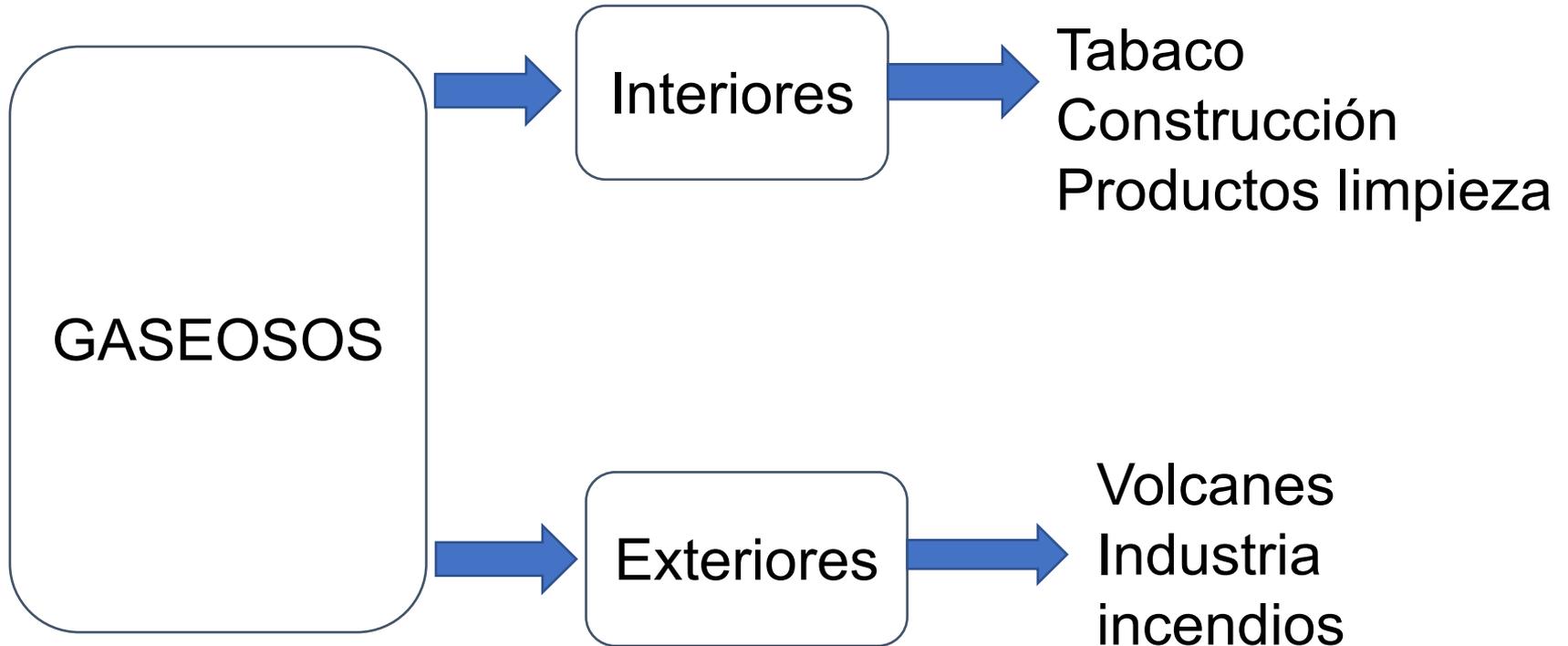
- PM_{2,5}.

El tamaño de estas partículas es de menos de 2,5 micras. Proviene de la combustión de vehículos diésel. Debido al pequeño tamaño de estas partículas tienen un gran poder de penetración en las vías respiratorias. Son el principal factor de riesgo para la salud.

- PM₁₀

Partículas emitidas a la atmósfera por fenómenos naturales como incendios, volcanes, polen y también por la acción del hombre como la agricultura, construcción, tabaco, etc

Elementos contaminantes



Efectos en el aparato cardiovascular

La exposición crónica a la contaminación atmosférica favorece y acelera el desarrollo de la aterosclerosis coronaria agravando de manera severa sus secuelas.

Puede afectar la estructura de los vasos sanguíneos, producir procesos inflamatorios y alterar la función plaquetaria por lo que puede llegar a desencadenar arritmias e incluso el infarto de miocardio.

Los efectos mas significativos son:

- Cardiopatía isquémica
- Arritmias
- Insuficiencia cardiaca
- Favorece la aparición de trombos.

Recomendaciones para evitar la exposición a las PM.

1. Evitar actividades al aire libre los días de alto índice de contaminación.
2. Usar en lo posible el transporte público.
3. No fumar.
4. Procurar no utilizar cocinas de carbón o leña.

Estas son algunas de las recomendaciones para intentar mantener la calidad del aire que respiramos, tanto en el interior de los espacios como en el ambiente exterior.

BIBLIOGRAFÍA

- Patología Estructural y Funcional . 5ª Edición. Cotran, Kumar, Robbins.
- www.Fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2080-el-aire-sucio-enferma-nuestro-corazon.
- www.ecologistasenaccion.org/17842/que-son-las-pm25-y-como-afectan-a-nuestra-salud
- www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon

TEMA 57. LA TUBERCULOSIS EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE.

**MARINA MOYANO MUNERA
MARIA TERESA INZA URREA
ARANZAZU SEVILLA LARA
SANDRA MOLINA SANCHEZ**

ÍNDICE

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. MATERIAL Y MÉTODO
4. RESULTADOS
5. CONCLUSIONES
6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA
7. BIBLIOGRAFÍA

1. RESUMEN

Objetivo: identificar la evidencia disponible acerca del impacto de la tuberculosis en la población inmigrante en España.

Métodos: se trata de una revisión bibliográfica, realizada consultando distintas bases de datos como Medline, interfaz CUIDEN, Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Sanidad de España y la Red Scielo, entre otras. He realizado una tabla de evidencia con los artículos seleccionados para analizarlos detenidamente más tarde.

Resultados y conclusiones: la bibliografía consultada sobre el tema elegido tiene evidencia científica VII y VIII ya que sólo hay estudios descriptivos. Por esta razón, no podemos obtener datos concluyentes acerca de que la salud de los inmigrantes que estén más afectados por Mycobacterium tuberculosis sea peor.

Palabras clave: Inmigración, salud, Tuberculosis

1. ABSTRACT

Objective: identify the available evidence about the impact of tuberculosis on the immigrant population resident in Spain

Methods: this work is a bibliographic review, made after consulting on different databases like Medline, interfaz CUIDEN, Biblioteca Virtual de Salud Del Ministerio de Sanidad de España and la Red Scielo. After that, I did an evidence table with the selected articles to examine them later.

Results and conclusions: the literature consulted has scientific evidence VIII and VII because all the studies are descriptive. For this reason, we are not able to get conclusive information about the poor health of immigrants affected by tuberculosis.

Keywords: immigration, health, Tuberculosis

2. INTRODUCCIÓN

- Evolución de la población inmigrante: Características demográficas.

España ha experimentado un importante crecimiento de la población inmigrante desde 1996, debido entre otros factores, a los desequilibrios Norte- Sur, al control migratorio desarrollado en el resto de Europa y a la coincidencia con un periodo intenso de crecimiento de la actividad económica española que ha convertido al Estado español en un destino cada vez más definitivo de los inmigrantes económicos¹.

Para poder entender este importante cambio tanto cualitativo como cuantitativo en la población inmigrante y en tan corto tiempo, debemos señalar que en el Estado español, la población extranjera ha pasado de representar el 1,6% de la población española, en el año 1998¹, al 12,1% en el año 2012, lo que supone que de un total de 47.212.990 habitantes,

, según el Padrón Municipal de Habitantes a 1º de enero de 2012, 5.711.040 son extranjeros(2).

Durante el año 2011, el número de españoles empadronados experimentó un aumento neto de 62.944 personas (un 0,2%), mientras que el de extranjeros descendió en 40.447 (un -0.7%). Entre estos últimos, los pertenecientes a la UE- 27 se incrementaron en 45.494, mientras que los no comunitarios se redujeron en 85.941 personas(2).

Analizando un poco la población por sexo y por edad podemos observar que el 49,3% del total de inscritos en el Padrón son hombres y el 50,7% son mujeres(2).

Entre los españoles hay más mujeres (51,1%) como consecuencia de una mortalidad masculina más elevada debida a factores biológicos, estilos de vida y conductas de riesgo. Las mujeres tienen una esperanza de vida superior a la de los hombres.

Mientras que entre los extranjeros predominan los hombres (51,9%), debido a que la población inmigrante es generalmente joven y este grupo de población no tiene envejecimiento(2).

Por nacionalidad, destacamos la diferencia en el grupo de 16 a 44 años. Así, mientras que los empadronados españoles de estas edades representan el 38,4% del total, el porcentaje se eleva al 59,9% en el caso de extranjeros(2).

La edad media para ambos géneros, es de 42,59 en la población española frente a 34,72 en población extranjera(2). Analizando el Índice de Sundbarg observamos que en la población española el S1 es 31,73% y el S2 es 80,27 esto significa que es una población regresiva. Por el contrario analizando este mismo índice en la población extranjera podemos observar que el S1 es 21,32 y el S2 es 26,15 es una población estacionaria (3).

Por último, si interpretamos el índice de estructura de la población activa vemos que en la población española es 110,77% y en la población extranjera es 55,53%. En cualquier población estacionaria o creciente, este cociente es inferior a la unidad (o al 100%), como vemos en la población extranjera. Cuanto más bajo es el índice, más joven es la estructura de la población en edad laboral, por lo que esto nos indica que la estructura de la población en edad laboral de los españoles es vieja(3).

- La salud de la población inmigrante.

1. Teoría del inmigrante sano

Existen dos fenómenos clave para entender la trayectoria de salud de la población inmigrante: selectividad según la salud (health selectivity) y efecto del inmigrante sano (healthy immigrant effect) (4)

Las personas que deciden emigrar están sujetas a una selección positiva en términos de salud (health selectivity). Es decir, son propensos a presentar un estado de salud mayor en comparación con un grupo de personas representativo de su población de origen(4).

Esta ventaja en términos de salud se mantiene hasta la llegada del inmigrante al país de destino, por lo que la probabilidad de padecer enfermedades o trastornos crónicos se muestra en este momento inferior a la población de acogida. A medida que transcurre el tiempo de residencia en el país, aumenta su vulnerabilidad y la propensión a padecer problemas de salud(4).

Con todo esto podemos afirmar que el efecto del inmigrante sano se reduce a medida que transcurre el tiempo de permanencia de este en el país de acogida y su estado de salud acaba coincidiendo con el de la población nacional(4) Independientemente de que el nivel de salud de los inmigrantes sea similar o incluso superior al de la población del país de destino, hay un patrón de desigualdades y de necesidades de salud específicas en relación a la salud autopercebida distinto de la población autóctona y no explicadas exclusivamente por la condición socioeconómica. Estas necesidades de salud específicas no suelen ser satisfechas debido en parte a las barreras en el acceso a la asistencia sanitaria, incluso en países como España que cuentan con un Sistema Nacional de Salud(1).

2. Ley de cuidados inversos

Otro fenómeno importante para entender la salud de la población inmigrante es la denominada “Ley de cuidados inversos” descrita por Hart en 1971, plantea que los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor medida de las intervenciones sociosanitarias dirigidas a mejorar la salud, por lo que la calidad de atención en salud varía en sentido inverso a las necesidades de la población(1).

Todo esto lleva a la prestación de más y mejores servicios a las clases altas, en igual de acceso. Y puede explicar que las mujeres parisinas de clase baja se les haga menos cribaje de síndrome de Down y que tengan más niños mongólicos, no por más incidencia de la trisomía del 21 en la clase baja ya que eso es igual si se corrige por cribaje y consecuente aborto(12).

3. Paradoja epidemiológica/latina.

El fenómeno denominado paradoja epidemiológica o latina surgió en países con una amplia trayectoria sanitaria en materia de diversidad cultural como son Estados Unidos y Canadá, y está relacionado con el efecto del inmigrante sano, siendo particularmente llamativo en mujeres mexicanas(1).

Las razones que explican esta paradoja son que las prácticas culturales tradicionales mexicanas podrían estar actuando como un factor de protección en procesos fisiológicos como el embarazo y el parto, además de propiciar una conducta más saludable, como el menor consumo de cigarrillos y alcohol(1). Esta ventaja desaparece a medida que las mujeres se adaptan a las nuevas culturas del país en el que se instalan, mediante el fenómeno de aculturación (que se caracteriza por la pérdida paulatina de las costumbres tradicionales hasta la desaparición definitiva de las prácticas culturales originales)(1).

La primera acuñación de la paradoja epidemiológica hispana fue en 1986 por Kyriakos Markides. De acuerdo con Markides, esta paradoja fue ignorada por las generaciones pasadas, pero ahora es el “tema principal en la salud de la población hispana en los Estados Unidos”(5).

Los estudios han indicado que los hispanos beben menos alcohol y fuman menos que los blancos. Sin embargo, sus comportamientos saludables parecen disminuir con una mayor aculturación en los Estados Unidos. Varios estudios han encontrado que los hijos y nietos de los hispanos en el extranjero tienden a fumar, beber y usar drogas ilegales más que sus padres y abuelos. Y algunas investigaciones sugieren que las mujeres son menos propensas a amamantar a sus hijos y a que se adhieran a las dietas más saludables de sus antepasados(5).

En un artículo publicado en 2012 por la revista americana “American Public Health Association” titulado “Raza/etnia y todas las causas de mortalidad en adultos estadounidenses: revisando la Paradoja Hispánica” examinaron la asociación entre la raza y la etnia y todas las causas de riesgo en estadounidenses adultos y si esta asociación se diferencia por la Natividad(6).

La conclusión de este estudio fue que la Paradoja Hispánica no es un proceso estático y puede cambiar con el aumento de la población y su creciente diversidad con el tiempo(6).

- Marco legal de atención sanitaria al Inmigrante en España. La Ley de Extranjería del 2003 que trata sobre derechos y libertades de los extranjeros en el Estado español y su integración social ha sido el marco jurídico sobre la situación de los inmigrantes en España, la cual ha estado en vigencia hasta el año pasado(7).

El artículo 12 de esta ley, estaba dedicado al derecho a la asistencia sanitaria, y determinaba literalmente lo siguiente:

"Los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que vivan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia cuando padezcan enfermedades graves o accidentes de cualquier tipo, y a la continuidad de esta atención hasta el alta médica. Los extranjeros menores de 18 años que se hallen en el Estado español tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que la población de origen. Las extranjeras embarazadas tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, el parto y el posparto"(7)..

El elemento clave que garantizaba el acceso a la asistencia sanitaria pública de los inmigrantes extranjeros se centraba en la obtención del empadronamiento la obtención del empadronamiento en sus localidades de residencia, y en obtener la tarjeta sanitaria individual (TSI) como documento de acceso al sistema público de salud(7).

Esta Ley fue modificada en el 2012 por el “Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”(8).

En este real decreto nos encontramos con el siguiente artículo: “Artículo 3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales. Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

a)De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica.

b)De asistencia al embarazo, parto y postparto.

En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles” (8).

Podemos observar algunas de las consecuencias para la salud de los inmigrantes a raíz de este nuevo marco legal sanitario, como por ejemplo en los inmigrantes afectados de VIH(9).

En un estudio realizado por la Universidad de Columbia (Vancouver, Canadá) se observó que la esperanza de vida de las personas infectadas por el VIH cambió de forma significativa con la aparición de los esquemas combinados de terapia antirretroviral (TAR)(9).

Al poco tiempo de iniciar este programa en British Columbia se percibió una caída de las nuevas infecciones por VIH(9).

También se observó que con este nuevo tratamiento hubo una caída marcada de la transmisión vertical del VIH de las madres infectadas a sus hijos.

Al mismo tiempo se evidenció que la TAR disminuye la carga viral en los líquidos sexuales a valores indetectables en muchos de los tratados(9).

Por estas razones hoy en día está aceptado el “tratamiento como prevención”, como prevención de la morbilidad y de la transmisión del virus, lo cual hace que la inversión en la búsqueda de casos y la TAR precoz reduzcan el gasto público(9). A raíz de este importante estudio el gobierno de la provincia de British Columbia decidió aumentar la inversión en el cribado y el tratamiento, ya que esta genera ahorros a corto y medio plazo, que se amplifican con el tiempo(9).

Como conclusión de este estudio se manifiesta que resulta desconcertante que con todas estas evidencias científicas y cuando las agencias internacionales aprueban el “tratamiento como prevención” como el arma más fuerte de lucha contra el sida, por razones políticas sin base racional, el gobierno de España con el Real decreto-ley 16/2012 niega el acceso a los servicios médicos y terapéuticos a los inmigrantes en situación irregular infectados con el VIH(9).

Esto contribuirá a la morbimortalidad de estas personas lo que a la vez incrementará los recursos hospitalarios(9).

Mucho más preocupante aún es que se facilitará la transmisión del virus, y esta no es será restringida a los inmigrantes(9).

En último lugar, estas medidas serán devastadoras, no solo para los inmigrantes afectados y para el control de la epidemia si no que tendrán el efecto económico opuesto(9).

Y parece que también ocurre lo mismo con la tuberculosis, ya que es muy importante un trabajo a nivel comunitario para evitar o minimizar la transmisión del bacilo a la comunidad y evitar la aparición de bacilos con resistencias adquiridas a los fármacos(9).

- Perfil epidemiológico.

- Demanda asistencial

El modelo de demanda asistencial de los inmigrantes corresponde a las necesidades de una población joven que dispone de buena salud. Utilizan menos recursos sanitarios (incluido el servicio de urgencias) que la población nacional(4).

Puesto que este colectivo de personas suelen tener dificultades sociales y económicas las cuales aumentan su vulnerabilidad a los problemas de salud es muy importante adoptar medidas de inclusión social y mejora de las condiciones de vida(4).

Para combatir este problema, las organizaciones sanitarias deben desarrollar una formación específica de su personal sanitario y administrativo en las enfermedades más prevalentes de los inmigrantes, y en aspectos psicosociales y culturales. También sería muy beneficioso potenciar la figura del mediador cultural(4).

Las madres y los niños inmigrantes son los grupos poblacionales que necesitarían actuaciones específicas en prevención y promoción de la salud(4).

Aunque ya representan el 10% de la población, no hay fuentes de información longitudinal sobre la salud de los inmigrantes para hacer seguimiento de su estado de salud y conocer las necesidades de adaptación de los dispositivos del Sistema Nacional de Salud(4).

Como ya se explicó anteriormente, existe el efecto del inmigrante sano por lo que sabemos que se producirá un aumento de la demanda asistencial conforme aumente el tiempo de residencia del inmigrante en el país de destino(4).

En un estudio realizado por el Servicio de urgencias del Hospital Clinic de Barcelona, cuyo objetivo era cuantificar la demanda asistencial de un Servicio de urgencias hospitalario (SUH) de la población inmigrante (PI), describir sus características sociodemográficas y determinar si existen diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre la PI y la población autóctona (PA)(10). Observaron que de un total de 2.829 pacientes visitados, 181 eran inmigrantes (6,4%). La mayoría eran jóvenes iberoamericanos, con predominio de mujeres, eran jóvenes iberoamericanos, con predominio de mujeres, con estudios primarios, sin trabajo y con situación administrativa regularizada(10).

Existía barrera idiomática en un 11% de los casos. Cuando se comparó con la PA, con mayor frecuencia la PI había consultado previamente a su llegada a la sección de urgencias de Medicina (SUM) con un facultativo y, una vez en la SUM, se les practicó pruebas complementarias más a menudo. La satisfacción percibida fue mayor en la PI. No se obtuvieron diferencias en ambos colectivos respecto a los motivos de consulta y el destino final de los mismos(10).

Las conclusiones de este estudio fueron que existe una demanda asistencial urgente cuantitativamente importante entre la PI, si bien cualitativamente no difiere en gran medida de la PA(10).

- Autopercepción de salud y morbilidad.

Para analizar las diferencias entre la población española y extranjera respecto a la autopercepción de salud, he consultado la última Encuesta Nacional de Salud publicada en 2006(13).

En la que podemos observar que un 25,21% de extranjeros valoran su estado de salud como muy “muy bueno” frente al 20,91% de españoles. El siguiente dato significativo es que el 5,87% de españoles valoran su estado de salud como “malo” mientras que esta cifra en extranjeros es del 2,73%(13).

La salud mental es una parte importante de la salud que se debe analizar en las personas inmigrantes. Las enfermedades mentales que pueden surgir en este colectivo suelen aparecer a partir del proceso de adaptación durante el proceso migratorio(7).

En salud bucodental son importantes los trastornos en los niños inmigrantes. Muchos trabajos han abordado esta cuestión, y han identificado un déficit en la higiene dental de algunos niños inmigrantes y también alteraciones en sus hábitos alimentarios.

El hecho de que las prestaciones ofrecidas en este ámbito por parte de la red pública son limitadas, determinan que los inmigrantes con mayores carencias sociales y económicas no puedan atender sus problemas de salud bucodental(7)

La tuberculosis (TB) es una de las enfermedades más estudiadas en el ámbito de la inmigración y la salud. Según el “Boletín epidemiológico semanal” publicado por la Red Nacional de Vigilancia epidemiológica, la tasa de incidencia de la tuberculosis en 2011 fue de 14,63 casos por 100.000 habitantes, un 6,8% menos que la del año 2010. De este total de casos, 10,93 corresponden a TB respiratoria, 0,21 a meningitis tuberculosa y 3,48 a tuberculosis de otras localizaciones(14)

Del total de casos declarados, 4.530 (67%) eran nacidos en España, mientras que 2.148 (32%) habían nacido en un país distinto(14)

Respecto a la edad, mientras que los españoles afectados de TB se encuentran en los grupos de edad de mayores de 65 y de 35 a 44 años, los casos de TB en personas nacidas fuera de España afectan al grupo de 25 a 34 años. En cuanto al sexo la proporción de hombres afectados fue superior en los casos españoles(14)

También hay una gran diferencia del porcentaje de extranjeros respecto al total de casos de TB entre las CCAA. Por ejemplo, en La Rioja un 54% de sus casos de tuberculosis son de personas nacidas fuera de España, en Cataluña y Madrid el 47%, mientras que Extremadura y Galicia son las que menor porcentaje de extranjeros tienen, 5 y 6% respectivamente(14).

De los 2.148 casos nacidos fuera de España, hay información sobre el país de nacimiento en el 52% de los casos. Los países con un mayor porcentaje son Marruecos, Rumania, Bolivia y Pakistán(14).

VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual, más del 97% de los casos de sida se han diagnosticado en personas nacidas en España, por lo que la epidemia se ha producido por la transmisión autóctona del virus de la inmunodeficiencia humana(7).

En los últimos años se observó un número creciente de nuevos casos de sida entre inmigrantes, especialmente en los de origen africano y portugués. Sin embargo, no se puede distinguir entre las personas que estaban infectadas antes de venir a España de los que se infectaron aquí(7).

Por otra parte, una proporción de inmigrantes ejercen la prostitución, con prácticas que podrían ser de mayor riesgo que las de la población autóctona(7).

Por ejemplo, en algunos trabajos se evidencia un aumento de la frecuencia de algunas infecciones de transmisión sexual en inmigrantes – hombres y mujeres que ejercían la prostitución – al compararlos con la población autóctona con la misma conducta de riesgo(7).

- Costes.

En un estudio titulado “Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica” realizado en los hospitales de agudos de la Región de Murcia durante los años 2004 y 2005 se estudió el impacto de la inmigración sobre los servicios sanitarios, analizando la frecuentación hospitalaria, la casuística y su repercusión económica, comparándolas con la población autóctona(11).

Este estudio dividió en tres variables los grupos de población según los países de nacimiento en: España, Europa-25 (países de la Unión Europea en 2004-2005, menos Rumanía y Bulgaria) y resto de países(11).

Centrándome en los costes, este estudio pone de manifiesto que el valor medio de un episodio estandarizado asciende a 3.433€, siendo el máximo para los nacidos en España con 3.529 € y el mínimo para los del grupo “resto de países” con una cifra de 2.423 €(11)

Y el valor medio por año de aseguramiento estandarizados es de 262€, siendo el valor más alto, nuevamente para los nacidos en España (263€) y el mínimo para los del “resto de países” (223€)(11).

Por lo tanto, la conclusión de estudio fue que los españoles son superiores a los inmigrantes en los costes hospitalarios, especialmente comparándolos con los del grupo “resto de países”(11).

Otro estudio titulado “Impacto de la inmigración en los costes de las consultas de urgencia en Barcelona (España)” realizado por el Instituto Municipal de asistencia Sanitaria en Barcelona también analiza esta cuestión(15).

Este estudio clasificó a los inmigrantes en dos grupos: inmigrantes de países de ingresos altos e inmigrantes de países de ingresos bajos. Analizó las visitas de emergencia al Hospital del Mar de Barcelona en 2002 y 2003.

Los resultados del estudio fueron que con la excepción de las urgencias ginecológicas, los costes derivados de las urgencias por ambos grupos de inmigrantes fueron menores que las visitas a urgencias de los nacidos en España. Este dato fue muy significativo sobre todo en las consultas de urgencia de adultos(15).

3.MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo de mi revisión bibliográfica es identificar la evidencia científica disponible acerca del impacto de la tuberculosis en la población inmigrante de España

Para la identificación de los estudios he consultado las siguientes bases de datos: Medline, interfaz CUIDEN, referencias bibliográficas de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili y de la Universidad Complutense de Madrid (alfama), Cochrane, Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Sanidad de España y la Red Scielo.

Los términos descriptores que he utilizado son los siguientes:

- Descriptores de inmigración: inmigrante, inmigrantes, in-migrants
- Descriptores de salud: salud, health
- Descriptores tuberculosis: tuberculosis
- Descriptores de localización: España, Spain

La combinación de los descriptores en todas las búsquedas ha sido utilizando el conector “AND” entre ellos.

Las búsquedas han sido las siguientes:

Introduciendo en la base de datos Medline los DECS in-migrants, health, tuberculosis y spain y acotando las publicaciones de 2000 a 2013 y la opción texto completo me salen 21 resultados.

En el interfaz de CUIDEN he introducido los descriptores Inmigrantes, salud y tuberculosis y he obtenido 4 resultados.

En la base de datos de la Universidad Complutense de Madrid, en la parte de referencias bibliográficas de Enfermería he introducido los mismos DECS y acotando los años de 2000-2013 he obtenido 3 resultados.

En las bases de datos Cochrane y la de la Universidad Rovira i Virgili no he obtenido ningún resultado al introducir los DECS seleccionados.

En la base de datos de la Biblioteca Virtual en Salud, España. He introducido los mismos DECS, inmigrante, salud y tuberculosis. Los resultados de artículos a texto completo han sido 18:

- 9 en “SciELO España”
- 9 en “Red SciELO”.

De los 9 artículos de “SciELO España” he seleccionado 7, he descartado dos de ellos, ya que uno no es concreto de la Tuberculosis y el otro es del control de la gestación.

De los 9 artículos de “Red SciELO” he seleccionado 1 artículo, ya que los otros 8 ya estaban en “SciELO España” y ya los había seleccionado.

Por último he cogido también el “Boletín epidemiológico de la provincia de Toledo, Mayo 2010” para analizarlo.

En total he seleccionado 9 artículos para revisarlos detenidamente.

Con todos los datos obtenidos de los artículos y estudios seleccionados he realizado una tabla de evidencia con las siguientes variables:

- Título
- Autor/año publicación del estudio
- Emplazamiento/año del estudio
- Diseño
- Evidencia (16)
- Número de la población estudiada
- Características de la población estudiada
- Criterios diagnósticos
- Resultados
- Conclusiones del estudio
- Sesgos

Las herramientas utilizadas para realizar esta revisión bibliográfica han sido: Microsoft Word, Microsoft Excel y las distintas bases de datos y páginas webs de las cuales he obtenido la información y la bibliografía.

4. RESULTADOS

El 55,5% de los artículos seleccionados han estudiado la prevalencia de la infección tuberculosa en población inmigrante, en distintos lugares y con diferentes criterios.

Uno de los artículos restantes, es un modelo predictivo basado en series temporales con un seguimiento de 21 años de los casos.

Otros dos están centrados en las características sociodemográficas de la población inmigrante afectada de tuberculosis.

Y por último, uno de los artículos ha estudiado las resistencias de *M. tuberculosis complex*.

De los nueve artículos seleccionados, 6 de ellos son publicaciones recientes, es decir del año 2005 en adelante. Exceptuando uno de ellos que se publicó en 2004, otro fue publicado en 2001 y el más anticuado de todos es uno que se publicó en 1998.

El 88,8% de los estudios son descriptivos, con algunas disimilitudes entre ellos. El 44,4% de los artículos son descriptivos transversales con una evidencia científica de VIII. Es decir, son estudios observacionales sin seguimiento, en los que se ha estudiado la prevalencia de la tuberculosis en la población inmigrante. Uno de los inconvenientes más importante de este tipo de estudios es que no se puede determinar una secuencia temporal de causa-efecto, por lo que no pueden ser predictivos.

Los estudios restantes son descriptivos pero longitudinales, también con una evidencia científica de VIII. Estos estudios son observacionales con seguimiento, pero con los mismos inconvenientes que tienen todos los estudios descriptivos.

Sólo uno de los artículos es analítico, es un estudio de casos y controles con una evidencia científica de VII. En este estudio se han investigado las enfermedades infecciosas y las características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros comparados con la población autóctona.

Respecto a la localización y/o emplazamiento de los artículos, podemos observar diferentes lugares.

Dos de ellos están realizados en áreas sanitarias, uno en el área sanitaria de Toledo centro-Mancha y otro en área sanitaria de Toledo que comprendía las zonas de Añover de Tajo, Fuensalida, La Puebla de Montalbán, Ocaña, Sanseca y Villaluenga.

Tres de los estudios están realizados en zonas cerradas, uno en el campamento de Calamocarro (Ceuta) y los otros dos en centros penitenciarios de Barcelona.

Los cuatro estudios restantes están realizados en comunidades autónomas en general, dos de ellos en Barcelona, uno en Madrid y otro en Murcia más concretamente en la localidad de Lorca. El Boletín epidemiológico de la provincia de Toledo tiene el menor número de población en su artículo, aparecieron 76 casos nuevos de Tuberculosis pero finalmente fueron confirmados 71. El estudio del modelo predictivo basado en series temporales de Tuberculosis en Barcelona tiene el mayor número de población estudiada con 15.270 casos, hay que tener en cuenta que es el estudio que más años de seguimiento ha llevado, concretamente 21 años.

Las características de la población estudiada en cada uno de los artículos son muy diferentes, ya que cada uno de los artículos según su objetivo recogía diferente información sobre las personas incluidas.

Los inmigrantes incluidos en los artículos proceden de diferentes zonas del mundo, por ejemplo de Ecuador, Marruecos, Rumanía, Nigeria, Mali, Camerún, República Democrática del Congo, Liberia, Portugal, Sudamérica, Europa occidental y del este, Asia.

Cuatro de los artículos utilizaron para el diagnóstico de la Tuberculosis la Técnica de Mantoux, uno de ellos utiliza esta técnica junto con baciloscopia y cultivo de esputo.

Uno de los artículos, utiliza para el diagnóstico el cultivo, la baciloscopia y el análisis histopatológico de tejidos biopsiados. Y otro el cultivo y la baciloscopia y criterios clínicos.

El artículo que ha estudiado las resistencias de M. tuberculosis complex ha utilizado el antibiograma mediante sistema BACTEC460TB.

En los dos artículos restantes no se especifica exactamente el criterio diagnóstico utilizado pero los casos se han obtenido de registros.

Los resultados de los artículos también son muy diferentes entre ellos, ya que cada uno tenía un objetivo.

En los cinco artículos que se estudia la prevalencia de la infección tuberculosa, aunque depende del número de sujetos incluidos en el estudio, ninguno supera una prevalencia del 54%, en todos los estudios había una mayor positividad en el sexo masculino y en algunos se observó que había una tendencia a aumentar con la edad.

Los artículos en los que se compara la población inmigrante con la población autóctona, la edad media de los extranjeros siempre es más baja que la de los españoles. Generalmente la población extranjera es población joven, sin superar los 40 años.

En el artículo de las resistencias se observaron resistencias al menos a un fármaco mayores en inmigrantes que en población autóctona.

En el artículo que es un modelo predictivo, la previsión de nuevos casos de Tuberculosis también era mayor para inmigrantes que para autóctonos.

Los dos artículos restantes ya que estudiaron características sociodemográficas de los inmigrantes afectados de tuberculosis, cada uno obtuvo resultados diferentes respecto al consumo de drogas, situación administrativa, lugar de vivienda, si tenían trabajo o no y trabajo sin o con contrato, si eran VIH positivos, etc.

En las conclusiones de los artículos se puede observar que generalmente en los artículos en que se compara la población autóctona con la población inmigrante, es esta última la que siempre presenta una prevalencia superior de infección tuberculosa. Del mismo modo, en el artículo que es un modelo predictivo se observa un incremento significativo de nuevos casos de Tuberculosis en la población inmigrante, mientras que en la población autóctona se observa un descenso.

Respecto a los dos artículos que estudiaron las características sociodemográficas de los inmigrantes afectados de tuberculosis llama la atención el gran número de inmigrantes sin cobertura sanitaria que sólo pueden acceder a la sanidad por el servicio de urgencias por lo que no podrán llevar un seguimiento correcto de su enfermedad. La mayoría vivía en situaciones precarias, compartiendo piso y no en familia.

Por último, el estudio de las resistencias de *M. tuberculosis* complex también observó que las resistencias a los cuatro fármacos más importantes fueron significativamente superiores en la población inmigrante que en la autóctona.

Todos los estudios presentan sesgos y limitaciones dependiendo del tipo de estudio, del número de población escogida y sus características especiales. Todos ellos tienen un importante sesgo de recuerdo y riesgo de sesgo de selección al tratarse de estudios descriptivos.

Todos los estudios analizados son descriptivos y con una evidencia científica de VII y VIII, por lo que los resultados obtenidos no son relevantes acerca de la salud y la afectación de la infección tuberculosa en la población inmigrante de nuestro país. Asimismo, desconocemos en todos los estudios la acción de los factores en el pasado que podrían influir mucho en los resultados y en ninguno de ellos se puede determinar una secuencia temporal causa-efecto, es decir, no pueden ser estudios predictivos.

5. CONCLUSIONES

Según los artículos analizados parece ser que hay una elevada prevalencia de tuberculosis en la población inmigrante que reside en España. Sin embargo, todos los estudios son descriptivos y tienen poca evidencia científica que pudiera relacionar la elevada prevalencia de tuberculosis con la inmigración desde el punto de vista causa-efecto.

Por este motivo, sería necesario realizar estudios de corte analítica para saber realmente el alcance de esta enfermedad entre los inmigrantes que vienen a nuestro país ya que es una enfermedad social.

Los estudios no son uniformes, es decir, hay una gran variabilidad de criterios entre ellos. Por ejemplo, el tiempo de estancia en España que es muy importante para saber dónde han contraído la enfermedad no se recoge en todos los estudios, las poblaciones seleccionadas en cada uno de los estudios son poco homogéneas, los inmigrantes seleccionados proceden de diferentes partes del mundo, viven en diferentes condiciones, utilizan diferentes criterios diagnósticos para detectar la tuberculosis, etc.

De este tipo de estudios descriptivos no podemos sacar conclusiones que confirmen o refuten la “teoría del inmigrante sano” en relación con la tuberculosis, ya que según esta teoría explicada anteriormente, la población inmigrante presenta un estado de salud mayor en comparación con un grupo de personas representativo de su población de origen e incluso también mayor que la población de destino.

Y por último, es importante señalar que debería haber una mayor sensibilidad en las profesiones sanitarias, fundamentalmente en los profesionales de enfermería a la hora de tratar estos pacientes y de comprometerse con este tipo de estudios ya que son muy importantes para conocer una enfermedad como la tuberculosis que nos puede afectar a todos.

6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Realizar este trabajo me ha servido para conocer más concretamente una enfermedad social como lo es la tuberculosis, su alcance y sus repercusiones.

Creo que es importante para mi futuro trabajo como enfermera conocer enfermedades como ésta que afectan a muchas personas en el mundo y que se pueden diagnosticar de forma sencilla y tratarlas.

Es importante para estos enfermos que los profesionales les enseñemos a conocer su enfermedad para que aprendan a cuidarse y puedan vivir más años con calidad de vida.

Con este trabajo también me he dado cuenta que es una responsabilidad como profesional de enfermería colaborar con todo tipo de estudios y hacer un buen seguimiento de los casos para poder obtener datos fiables y en el futuro tener constancia acerca de enfermedades tan importantes como la tuberculosis, para después poder ayudar a las personas que padecen estas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Juan García García. Perfil epidemiológico de las gestantes inmigrantes y autóctonas. [Tesis doctoral]. Albacete; 2009.
2. INE. Avance de la Explotación estadística del Padrón a 1 de enero de 2012. Datos provisionales. Notas de prensa [19 de abril de 2012] Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np710.pdf>
3. Elaboración propia.
4. Rivera B, Casal B, Cantarero D, Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Gaceta sanitaria [Revista en Internet] 2008 [acceso 28 diciembre de 2012]; 22 (supl 1): 86-95. Disponible en: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v22nSupl.1_a13118092pdf001.pdf

BIBLIOGRAFÍA

5. Chung J. Hispanic paradox: Income may be lower but health better than most. The Seattle Times [revista en Internet] 2006 [14 Enero 2012]. Disponible en:

http://seattletimes.com/html/nationworld/2003233307_hispanic_health29.html

6. Borrell LN, Lantieri EA. Race/ethnicity and all-cause mortality in US adults: revisiting the Hispanic paradox. American Public Health Association [Internet] 2012 [10 enero de 2013]; Vol 102 (5): [836-843].

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=275a291b-7844-410f-b86e->

[956909e4b6ee%40sessionmgr114&vid=1&hid=128&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=22493998](http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=275a291b-7844-410f-b86e-956909e4b6ee%40sessionmgr114&vid=1&hid=128&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=22493998)

BIBLIOGRAFÍA

7. Josep M. Jansá, Patricia García de Olalla. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gaceta Sanitaria [Revista en Internet] 2004 [02 de Febrero de 2013]; (Num 18) [207-13]. [02 de Febrero de 2013]; (Num 18) [207-13]. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400033&script=sci_arttext&tlng=e

8. Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado [sede Web]. Madrid: Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado; 24 de Abril de 2012 [20 Enero 2013]. Real Decreto-ley 16/2012, 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. [35 páginas].

Dirección: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

BIBLIOGRAFÍA

9. Montaner JSG. Consecuencias nefastas para la epidemia de virus de la inmunodeficiencia humana en España a raíz del nuevo marco legal sanitario

sobre los inmigrantes en situación irregular: ahorra hoy y pagarás mañana. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica [Revista en Internet] 2012 [23 enero 2013]; Vol 812: [Pág 2].

Disponible en:

[http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-005X\(12\)00269-8.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-005X(12)00269-8.pdf)

10.M. Junyent, O. Miró, M. Sánchez. Comparación de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios entre la población inmigrante y la población autóctona. Semes [Revista en Internet] 2006 [28 de enero de 2013]; Núm 18: [232-235].

http://www.semes.org/revista/vol18_4/6.pdf

BIBLIOGRAFÍA

11. Hernando L, Palomar J, Márquez M, Monteagudo O. Impacto de la inmigración sobre la asistencia hospitalaria: frecuentación, casuística y repercusión económica. Gac Sanit. 2009; 23 (3): 208-215.
12. Gervás J. Los cuidados inversos, por la jeta. Gestión clínica y sanitaria. Volumen 9. Número 1: 37.
13. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid [13 de marzo de 2008] Encuesta Nacional de Salud. Año 2006. Dirección electrónica:http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebas_e&L=010.e&L=0
14. Boletín Epidemiológico Semanal [Sede Web]. Madrid; 27/08 al 09/09 de 2012. Situación de la tuberculosis en España, 2011 [13 páginas]. Dirección electrónica:
<http://revista.isciii.es/index.php/bes/issue/view/157>

BIBLIOGRAFÍA

15. Cost F, Castells X, García O, Riu M, Felpe A, Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visit in Barcelona (Spain). BMC Health Serv Res Res [Revista en Internet] 2007 [acceso 7/3/2013] ; 7 (9): [Páginas 8]. Dirección electrónica:<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-9.pdf>
16. Arpinon JM, Jiménez J. Métodos de Investigación clínica y Epidemiológica (3ª edición). Madrid: Elsevier, España, 2005.
17. Delegación provincial de Sanidad. Boletín epidemiológico, provincia de Toledo. 2010 Volumen 22 (Número 5): [25-33 pgs]

BIBLIOGRAFÍA

18. Fernández MT, Díaz J, Sánchez JM, Pérez A, Vadillo J. Prevalencia de infección tuberculosa en la población de inmigrantes de Ceuta, España. Revista de Salud Pública [Revista en Internet] 2001 [citado 11/5/2013]; 75 (6): [552-558]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000600007

19. Solé N, Marco A, Escribano M, Orcau A, Quintero S, del Baño L, Cayla JA. Prevalencia de infección tuberculosa latente en población inmigrante que ingresa en prisión. Revista Española de Sanidad Penitenciaria [Revista en Internet] 2012 [citado 11/5/2013]; 14 (1): [12-18]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202012000100003&lng=es&nrm=iso

BIBLIOGRAFÍA

20. Muñoz MP, Orcau Angels, Cayla J. Tuberculosis en Barcelona: modelo predictivo basado en series temporales. Revista Española de Salud Pública

[Revista en Internet] 2009 [citado 11/5/2013]; 83 (5): [751-757].

Disponible en Disponible en

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000500016&lng=es&nrm=iso

21. Moreno FJ, García M, Lougedo MJ, Comas JM, García M, López F, Pérez N, Sánchez R, Soto M. Prevalencia de infección tuberculosa en las personas inmigrantes del área de salud de Toledo. Revista Española de Salud Pública [Revista en Internet] 2004 [citado 11/5/2013]; 78 (5): [593-600]. Disponible en : 11/5/2013]; 78 (5): [593-600]. Disponible en :

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000500004&lng=es&nrm=iso

BIBLIOGRAFÍA

22. García J, Jansa JM, García P, Barnés I, Cayla JA. Enfermedades infecciosas y características sociodemográficas de los inmigrantes extranjeros del centro centro penitenciario de hombres de Barcelona. Revista Española de Salud Pública [Revista en Internet] 1998 [citado 11/5/2013]; 72 (3): [197-208]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000300005&lng=es&nrm=iso

23. Sanz B, Blasco T. Características sociodemográficas de la población inmigrante diagnosticada de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. Gaceta Sanitaria [Revista en internet] 2007 [citado 11/5/2013]; 21(2): [142- 146]. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000200009&lng=es&nrm=iso

TEMA 58. LA TERAPIA DE REMINISCENCIA EN EL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO.

**BEGOÑA GUTIÉRREZ MARRÓN
LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ
MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS Y RESULTADOS**
- **CONCLUSIÓN**

INTRODUCCIÓN

Especialmente en los países más desarrollados, cada vez se viven más años. En el caso de España, en el año 2015, el 6% de la población eran octogenarios y se calcula que en el año 2060, las personas mayores de 65 años o más representarán más de un tercio del total de habitantes (Vidal et al., 2017). Como consecuencia de este envejecimiento de la población, hay un aumento del número de personas que necesitarán ubicarse en instituciones residenciales. Normalmente, la institucionalización cursa con una disminución del bienestar psicológico de la persona, siendo esta una de las consecuencias negativas más habituales de este recurso (Meléndez, Charco, Mayordomo y Sales, 2013). La forma de vida estandarizada en estos centros, la falta de privacidad o la incorporación no voluntaria a este recurso pueden conducir a estas personas a desarrollar sentimientos de soledad, disforia y comportamientos alineados (Ching-Teng, Chia-Ju y Hsiu-Yueh, 2018).

Los síntomas depresivos en ancianos pertenecientes a la población general se estima que cursan entre un 10 y 15% de las personas, mientras que en el ámbito institucionalizado alcanza casi el 50% (Meléndez et al., 2013). Una aproximación desde un enfoque más humano a esta problemática, a través de terapias no farmacológicas, podría ayudar a evitar tratamientos innecesarios y la polifarmacia con sus respectivos efectos secundarios. La reminiscencia como terapia consiste en evocar vivencias pasadas de la persona a través de diversos estímulos como relatos, fotografías, música o una simple conversación. Con ello se intenta trabajar el autorreconocimiento, la conservación o el fortalecimiento de la propia identidad. Asimismo, se intenta aumentar la autoaceptación, aportar una perspectiva de vida y favorecer la resolución de conflictos personales pasados entre las personas que trabajan con ella.

OBJETIVOS Y RESULTADOS

El objetivo de esta revisión es analizar la investigación actual sobre el uso y eficacia de la terapia de reminiscencia como intervención destinada a la disminución de la sintomatología depresiva en el anciano institucionalizado.

En cuanto a su eficacia sobre la sintomatología depresiva, los resultados de la mayoría de los estudios coinciden en que la intervención mediante reminiscencia provoca efectos positivos. Asimismo, se observa una mejora en cuanto a la satisfacción con la vida y, en consecuencia, un incremento del bienestar psicológico.

CONCLUSIÓN

La alta prevalencia de los trastornos mentales entre la población mayor institucionalizada es un reto que, actualmente, hay que afrontar. En consecuencia, la intervención en reminiscencia en este tipo de contexto podría paliar determinados efectos de la institucionalización.

La principal inferencia obtenida en la realización de este trabajo ha sido que la terapia de reminiscencia resulta útil a la hora de mejorar los síntomas depresivos en mayores institucionalizados, además de ser una actividad beneficiosa a nivel psicológico y social (sentimientos de bienestar, cohesión grupal, apoyo social...).

BIBLIOGRAFÍA

- IMSERSO [2017]. Disponible en
- http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/msan0206.dir/msan0206.pdf
- Meléndez Moral JC, Charco Ruiz L, Sales Galán A. Effects of a reminiscence program among institutionalized elderly adults. *Psicothema*, 2013; 25 (3).
- Ching- Ten Y, Chiau- Ju L; Hsiu-Yueh, L. Effects of structured group reminiscence therapy on the life satisfaction of institutionalized older adults in Taiwan. *Social work in health care*, 2018; 57(8):674-687.

TEMA 59. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.

LOURDES CABELLO GUTIÉRREZ

BEGOÑA GUTIÉRREZ MARRÓN

MARIA GRACIELA ARTIME GUTIÉRREZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS Y RESULTADOS
- CONCLUSIÓN

VEJEZ

Se entiende la vejez, como la última etapa en la vida del ser humano, el paso de los años, y de las diferentes etapas, niñez, adolescencia, madurez, hasta llegar al envejecimiento, a ser un adulto mayor. Vejez como fase final del proceso de envejecimiento. Como afirma De Beauvoir (1983), el proceso de envejecer no se basa en una estadística, sino que es la evolución de un procedimiento. Dentro de las numerosas definiciones de envejecimiento, autores como Gómez y Curcio (2002) consideran que el envejecimiento es un proceso dinámico, multifactorial e inherente a todos los seres humanos. El alto porcentaje de adultos mayores en nuestra sociedad, es ya una realidad, resultado de los diferentes cambios demográficos que dan lugar al aumento de la edad media del conjunto de la población (Fernández, Parapar, Ruíz, 2010).

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

Los pioneros en el estudio de la depresión, Aaron y Beck (1967) apuntaron que la depresión es un trastorno del pensamiento, consecuencia de estructuras cognitivas erróneas o inapropiadas, porque determinados estados de ánimo provocan una visión distorsionada de la realidad; además estos pensamientos suelen ser persistentes, involuntarios y compatibles con las situaciones que se plantean los sujetos, favoreciendo una autoinculpación de infravaloración y baja autoestima. El paso de los años implica una serie de cambios, biológicos, psicológicos, y sociales (roles). Cabe destacar el cambio de rol que se produce en la vejez. Según Iñiguez (2008), el desarrollo de la depresión en adultos mayores debe valorarse dentro de todas sus esferas.

OBJETIVOS Y RESULTADOS

Determinar la relación que existe entre la depresión y los pacientes institucionalizados, ya que se da una elevada prevalencia de este síndrome en la población residente en Geriátricos. Los adultos mayores que se encuentran institucionalizados padecen más depresiones que los ancianos que viven en la comunidad, los estudios muestran que la población que reside en residencias geriátricas están más asociados a factores que favorecen la aparición de síntomas depresivos, dando lugar de este modo a un aumento de la prevalencia de este síndrome geriátrico.

CONCLUSIÓN

La depresión en el anciano institucionalizado pone de manifiesto la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz frente a los primeros síntomas, ya que produce un alto grado de incapacidad y una elevada tasa de mortalidad, en una población que en la actualidad tiene una esperanza de vida elevada. Hay que destacar la importancia de la disposición de recursos al alcance de las necesidades de la población para fomentar la autonomía de los anciano, tanto de los que habitan en la comunidad como de los que se encuentran institucionalizados.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaron C, Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1967.
- Díaz ML, Mielgo A. Programa de nuevos ingresos: Adaptación al medio residencial. Madrid: IMSERSO; 2000.
- Fernández, J. & Parapar, C. & Ruiz, M. (2010) *El envejecimiento de la población*. Recuperado de: http://www.fgcsic.es/lychnos/es_ES/articulos/envejecimiento_poblacion
- De Beauvoir, S. La vejez. Barcelona: Edhasa; 1983.
- Gómez JF, Curcio CL. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales: Artes Gráficas Tizan; 2002.
- Iñiguez, G. (2008). *Depresión y atención en el Hospital Militar*. Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia

TEMA 60. PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD MEDIANTE EL DEPORTE Y LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN LA INFANCIA.

LAURA SALCEDA GARCÍA

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos
- Material y Métodos
- Discusión y Resultados
- Conclusiones
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

- La OMS define la obesidad como “una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud y puede ser perjudicial para ésta”.
- Por otro lado, se debe tener en cuenta el término de sobrepeso, donde existe una acumulación de grasa que no supera unas determinadas cifras y no llega a considerarse como obesidad. Constituye un factor de riesgo de alta importancia para sufrir obesidad y con éstas, sumas afecciones físicas y psicológicas.
- Entre los orígenes de la obesidad, está la relación de distintos factores: ingesta energética, gasto energético, tasa metabólica basal, termogénesis de los alimentos, gasto energético por actividad física y el tejido adiposo.

INTRODUCCIÓN

- Los métodos más usados para diagnosticar la obesidad infantil son: El índice de masa corporal, la relación peso-talla, pliegues cutáneos, que permiten realizar una medición más precisa y la circunferencia de la cintura que refleja la distribución de la grasa corporal.
- La causa fundamental es un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y gastadas, ya que, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, pero pobres en vitaminas y otros micronutrientes, junto con un descenso en la realización de la actividad física.
- La OMS considera la obesidad infantil uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, confirmando que los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta, con más probabilidades de padecer enfermedades.

INTRODUCCIÓN

- La alimentación es uno de los pilares para el desarrollo de la obesidad en la población infantil, ya que es la que proporciona la energía, la cual puede consumirse o acumularse en el organismo en forma de grasa.
- Respecto a la actividad física, Se conoce que el sedentarismo es una de las principales causas de la obesidad infantil, debido a la cantidad de horas frente a las pantallas los niños, junto al consumo de bebidas azucaradas, bollería y exceso de embutidos.
- Las complicaciones que pueden darse por esta enfermedad son: Baja autoestima, diabetes, problemas cardiacos, respiratorios, apnea del sueño, desviaciones en la columna, entre otros.
- A nivel de España, la prevalencia de obesidad infantil ha aumentado en los últimos años.

INTRODUCCIÓN

- Para prevenir la obesidad, existen diferentes estrategias:
- La lactancia materna es conocida como un factor de protección frente a la obesidad infantil ya que aporta los nutrientes que se necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables.
- Se debe enseñar una alimentación saludable, y la importancia de ésta.
- La realización de actividad física es fundamental para llevar un estilo de vida saludable, además de prevenir de esta enfermedad.
- Se pretende lograr cambios a nivel familiar modificando hábitos perjudiciales para la salud.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Evidenciar cómo una alimentación saludable y la práctica de ejercicio físico ayuda a prevenir la obesidad infantil.

Objetivos Específicos:

- Conocer qué es el sobrepeso y la obesidad infantil y su situación actual.
- Analizar las causas y consecuencias de la obesidad en la infancia.
- Conocer las estrategias de prevención de la obesidad infantil más eficaces actualmente.
- Alertar sobre el incremento de la obesidad infantil y la necesidad de actuar para disminuir complicaciones en la edad adulta.
- Analizar los resultados obtenidos entre los distintos estudios realizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se ha realizado una extensa revisión bibliográfica. En este caso, se ha tratado sobre la obesidad infantil, accediendo a distintas bases de datos científicas y revistas de ciencias de la salud para poder abordar los objetivos propuestos.
- Las fuentes documentales utilizadas han sido:
 - Medline
 - SciELO
 - Cochrane
 - Dialnet
 - Cuiden
- Además de las bases de datos mencionadas, se han consultado las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Instituto Nacional de Estadística (INE), de donde se ha recabado información relevante de gráficas, datos y diversa documentación para la realización de este trabajo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión:

- Se incluyen trabajos científicos de revistas científicas de impacto de habla inglesa y española.
- El límite empleado para la recopilación de artículos fue de diez años.
- El rango de edad de la población de los trabajos de investigación usados se encuentra entre los 2 y los 10 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Estudios que trataran infantes con dolencias físicas o mentales.
- Estudios que trataran exclusivamente sobre la obesidad en el adulto.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

- Según varios estudios, el tiempo que se pasa viendo la televisión predice el incremento del IMC y el aumento de la circunferencia de la cadera en los niños.
- si existe un menor control paterno sobre las horas que pasan los niños frente al televisor, se favorecen las conductas sedentarias.
- A nivel de España, se ha desarrollado un Plan de Fomento de Hábitos de Vida Saludables en la Población Española (Plan HAVISA) en el que las marcas sobre alimentación que están adheridas incluyen en sus anuncios mensajes escritos sobre la importancia de llevar una vida saludable.
- Se destaca, que si los niños no juegan en ambientes naturales, como parques, a nivel colectivo, no desarrollarán las habilidades necesarias para ello, de tal manera que se aumenta el tiempo de ocio sedentario.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

- Realizar un buen desayuno conlleva bienestar y salud general, ayuda a controlar y a perder peso, y coopera para tener un buen rendimiento escolar. Se recomienda realizar cinco comidas diarias, los niños que no las realizan presentan un IMC mayor.
- Realizar intervenciones en el ámbito educativo son requeridas. Es necesario mejorar los productos alimenticios de las escuelas y desarrollar iniciativas en materia de educación nutricional y actividad física contemplando la participación de los padres y cuidadores.
- A nivel de España, el consumo de dulces envasados se ha incrementado sobre todo en parejas jóvenes con hijos pequeños, lo que demuestra la importancia de la educación nutricional a las familias para instaurar hábitos alimenticios saludables.

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

- La práctica regular de ejercicio físico es beneficioso para la salud. Los niños que realizan al menos tres días a la semana deporte, tienen un menor riesgo de padecer obesidad.
- La predisposición a la obesidad puede deberse a la genética, se observa un mayor riesgo en menores que cuentan con polimorfismos de un solo nucleótido que además tenían conductas sedentarias.
- En países desarrollados de Europa, se estima que hay una asociación inversa entre el nivel socioeconómico y la obesidad infantil, a menor nivel socioeconómico, hay un mayor sobrepeso, pero también en las clases con un alto poder adquisitivo, se ha fomentado el sedentarismo, por lo que hay individuos que a mayor nivel socioeconómico, mayor frecuencia de sobrepeso.

CONCLUSIONES

- La obesidad es un problema complejo que conlleva graves consecuencias para la salud de los menores a largo plazo, es un problema de salud a nivel mundial y su etiología es multifactorial.
- El fácil acceso a productos de alimentación con alto contenido en calorías, así como los cambios realizados en el estilo de vida, da lugar a una menor práctica de ejercicio físico, generándose un aumento del tejido adiposo.
- La prevención de la obesidad infantil es un reto a conseguir por parte de la salud pública y sobre todo en atención primaria, se debe implicar a las familias, la sociedad, las escuelas y al sistema sanitario en coordinar sus intervenciones para alcanzar los objetivos de prevención de la obesidad

CONCLUSIONES

- Desde Enfermería, el personal participa activamente en todos los aspectos relacionados con la clínica de esta enfermedad, desde la prevención, la detección precoz, el seguimiento del tratamiento y el control del mantenimiento del peso y los hábitos saludables, mediante la implantación de estrategias de abordaje sobre la población infantil, permitiendo conseguir resultados positivos no sólo a corto plazo, si no mantenidos en el tiempo.
- La infancia es un momento clave para generar conductas de salud, por lo que es importante desarrollar programas de intervención para generar hábitos saludables, logrando su mantenimiento a largo plazo y conseguir una población infantil que crezca sana y activa.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Santos SF, Estévez Santiago R, Palacios Gil-Antuñano N, Leis Trabajo MR, Tojo Sierra R, Cuadrado Vives C, et al. Programa THAO-Salud Infantil: Intervención de base comunitaria de promoción de estilos de vida saludables en la población infantil y las familias: resultados de un estudio de cohorte. *Nutr Hosp.* 2015;32(6):2584-2587.
- Aguilar Cordero MJ, Ortegón Piñero A, Mur Villar N, Sánchez García JC, García Verazaluce JJ, García García I, et al. Programas de actividad física para reducir sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes; revisión sistemática. *Nutr Hosp.* 2014;30(4):727-740
- Antentas JM, Vivas E. Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit.* 2014;28(Supl 1):58-61.

BIBLIOGRAFÍA

- Emilia Berta E, Fugas VA, Walz F, Martinelli MI. Estado nutricional de escolares y su relación con el hábito y calidad del desayuno. Rev Chil Nutr. 2015;42(1):45-52.
- Cigarroa I, Sarqui C, Zapata-Lamana R. Efectos del sedentarismo y obesidad en el desarrollo psicomotor en niños y niñas: Una revisión de la actualidad latinoamericana. Rev Univ Salud. 2016;18(1):156-169
- Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Prevención Primaria de Obesidad Infantil, Segunda Edición. Guía de Práctica Clínica. Toronto. 2014.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Recomendaciones sobre actividad física para la infancia y la adolescencia. En: Merino Merino B, González Briones E, coordinadores. Actividad física y salud en la infancia y adolescencia. Guía para todas las personas que participan en su educación. España. 2016:37-51.

BIBLIOGRAFÍA

- Suárez Rondón M, Ruiz Álvarez V, Alegret Rodríguez M, Díaz Sánchez ME, Hernández Triana M. Crecimiento pre y postnatal asociados a sobrepeso corporal en escolares de Bayamo. Rev Cubana Invest Bioméd. 2014;33(2):204-230.
- Vío FR, Lera LM, González CGG, Yáñez MG, Fretes GC, Montenegro EV et al. Consumo, hábitos alimentarios y habilidades culinarias en alumnos de tercero a quinto año básico y sus padres. Rev chil nutr. 2015;42(4):374-382.

TEMA 61. ADENTRANDOSE EN LA ESQUIZOFRENIA.

YOLANDA GONZÁLEZ GARCIA

PATRICIA PEREZ CASTRO

MARIA DEL AMPARO ARGUELLES MEANA

QUERALT GOMEZ LASTRA

ÍNDICE

- **Introducción**
- **Objetivos**
- **Metodología**
- **Resultados**
- **Conclusiones**
- **Referencias**

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una de las enfermedades mentales más importantes en la que el pensamiento está distorsionado, al igual que la conducta, las emociones, el lenguaje y todo tipo de percepciones. Con esta enfermedad, el ser humano pierde su singularidad y el dominio de su ser. Según la OMS esta enfermedad afecta a unos 21 millones de personas en todo el mundo.

OBJETIVOS

- Conocer un poco mas esta terrible enfermedad; cuales son sus causas y sus síntomas.
- Conocer las medidas de adaptación y los tratamientos que disponemos para afrontarla.

METODOLOGIA

Se ha hecho una revisión sistemática de barrios artículos científicos sobre la esquizofrenia.

Los descriptores empleados han sido: enfermedades psiquiátricas, esquizofrenia y patologías mentales.

Hemos utilizado varias bases de datos y articuilos científicos como Medes y Google Académico.

RESULTADOS

En cuanto a las causas podemos hablar de alteraciones bioquímicas debido a un exceso de actividad dopaminérgica, alteraciones en la estructura del cerebro y alteraciones en el funcionamiento del cerebro. También algunos factores aumentan el riesgo de padecer la enfermedad, como son los factores ambientales o los factores genéticos. Los síntomas de esta enfermedad pueden ser negativos., que son los relacionados con la interrupción de las emociones y comportamientos. También tenemos síntomas positivos como las alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento y del movimiento.

Por ultimo tenemos factores cognitivos: problemas para concentrarse, déficit en el funcionamiento ejecutivo...

Los tratamientos para combatir la enfermedad pueden ser farmacológicos (anti psicóticos), intervenciones psicosociales a base de distintas terapias encaminadas a la recuperación e inserción social para lograr una mejor calidad de vida y por ultimo contamos con la TEC (terapia electroconvulsiva) para los casos mas graves y que se ha de realizar con gran precaución.

CONCLUSIONES

A lo largo de estos últimos años ha cambiado mucho el concepto de enfermo mental debido al gran desconocimiento y los medios de comunicación. Por ello se ha de contribuir, en especial nosotros los profesionales, a la educación y sensibilización, evitando la exclusión social, Es de vital importancia la información publica.

Es muy importante la labor de los familiares de estos pacientes y la colaboración de ellos como profesionales sanitarios, ya que ellos contribuye a la mejora de los pacientes.

Por ultimo, es fundamental predicar el respeto y la empatía con estos pacientes no encasillándolos y ayudándoles a vivir una vida plena y feliz.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- pacientes con esquizofrenia. MEDISAN [Internet]. 2014 Mayo [citado 2019 Jun 21]; 18(5): 602-605. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500002&lng=es.
- Paternina Velásquez Diana María, Ortiz Tobón Juan Felipe. Algunas consideraciones en la esquizofrenia de inicio temprano (EIT). rev.colomb.psiquiatr. [Internet]. 2003 Mar [cited 2019 June 21]; 32(1): 77-84. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502003000100005&lng=en.

-Aragón Moyano Francisco. Paciente con esquizofrenia: proceso de enfermería. Ene. [Internet]. 2014 Mayo [citado 2019 Jun 21]; 8(1). Disponible en:
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100011&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100011&lng=es)
[http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100011.](http://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100011)

-Barrera P Alvaro. Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2006 Sep [citado 2019 Jun 21]; 44(3): 215-221. Disponible en:
[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300007&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272006000300007&lng=es)
[http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300007.](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272006000300007)

- Esquizofrenia y atención primaria, tratamiento, rehabilitación del paciente con esquizofrenia

CS Escobar-psiquiatría y salud mental 2007, XXIVN 3-4:
132-134

TEMA 62. TÉCNICAS DE RELAJACIÓN PARA EL STRÉS Y LA ANSIEDAD, UN PROBLEMA SOCIAL.

SONIA MEANA FERNANDEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **MECANISMOS FISIOLÓGICOS DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN**
- **MODIFICACIONES FUNCIONALES**
- **TIPOS DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN**
- **RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON**
- **ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULTZ**

INTRODUCCION

Las técnicas conductuales tienen el objetivo de reducir los síntomas derivados del estrés y la ansiedad mediante la modificación de los factores que refuerzan los síntomas y/o la exposición gradual a los estímulos ansiógenos.

Dentro de ellas se encuentran las técnicas de relajación que se construyen como elementos fundamentales del arsenal terapéutico para las profesionales de la salud.

Las técnicas de relajación son utilizadas para alcanzar un estado de hipoactividad que contrarresta y ayuda a controlar el nivel de ansiedad.

MECANISMOS FISIOLÓGICOS DE LAS TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

AUMENTAN:

- La actividad del sistema nervioso parasimpático.
- La actividad del sistema de transmisión gabaérgica (GABA).
- La liberación de endorfinas, que se comportan como opiáceos endógenos.

DISMINUYEN:

- Disminución del tono muscular.
- Reducción de la estimulación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal.
- Disminución de la actividad del sistema nervioso simpático.
- Enlentecimiento del metabolismo basal.

MODIFICACIONES FUNCIONALES

AUMENTO:

- Vasodilatación de los vasos sanguíneos cerebrales.
- Vasodilatación periférica e incremento de la capilaridad.
- Aumento de la volemia.
- Aumento de la amplitud respiratoria.
- Aumento de secreciones: sudor, saliva, etc

DESCENSO:

- Descenso del consumo metabólico.
- Disminuye intensidad y frecuencia del latido cardíaco.
- Disminución de la tensión arterial.
- Disminución de la frecuencia respiratoria.
- Disminución de PO_2 y aumento de PCO_2 .
- Disminuye la secreción de cortisol y ACTH

OTROS CAMBIOS:

- Modificación del registro ECG predominando ritmos alfa.
- Relajación muscular.

TIPOS DE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN

- Relajación dinámica e Caycedo
- Autohipnosis
- Chi kung o quigong
- Masaje californiano
- Meditación
- Rebirthing
- Yoga
- Eutonía de Gerard Alexander
- Reducción del estrés basado en la atención plena
- Sonoterapia.....

Las más usadas son la relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz

RELAJACIÓN PROGRESIVA DE JACOBSON

La técnica de Jacobson, creada por Edmun Jacobson en 1929, consiste en que el propio paciente aprenda a tensar y relajar diferentes grupos musculares de su cuerpo.

Consta de tres fases:

- 1. Fase de tensión-relajación:** consiste en tensionar durante cinco o diez segundos un grupo muscular, al máximo posible y relajar totalmente. Facilita la consciencia de tensión relajación .
- 2. Revisión mental:** comprobando que los grupos musculares se han relajado al máximo.
- 3. Relajación mental:** Se trata de relajar la mente, pensando en un recuerdo agradable o dejando la mente en blanco.

PROCEDIMIENTO DEL MÉTODO JACOBSON:

- ✓ Posición sentado en una silla confortable a ser posible con reposabrazos o tumbado .
- ✓ Tan cómodo como sea posible, sin nada que apriete realizar una respiración profunda varias veces.
- ✓ Se tensa un grupo muscular, por ejemplo:
 - Apretar los puños y relajar
 - Flexionar codo y relajar
 - Arrugar la frente y relajar
 - Abrir ampliamente ojos y relajar etc.....
- ✓ Debe concentrarse en la sensación de contraste entre contracción y relax para con el tiempo ser conscientes del estado de tensión del músculo y poder relajarlo.

ENTRENAMIENTO AUTÓGENO DE SCHULZT

Consiste en una técnica psicoterapéutica basada en la concentración pasiva de sensaciones físicas.

Se realizan 6 ejercicios que hacen que el cuerpo pase de sentirse pesado a cálido y finalmente relajado.

PROCEDIMIENTO

- ✓ Realizar una inspiración profunda siendo la espiración el doble que la inspiración.
- ✓ Inhalar, cerrar los ojos y a medida que se exhala repetir de 6 a 8 veces “mi brazo derecho se hace muy pesado, cada vez más”
- ✓ Repetir el anterior punto con manos, brazos, piernas, espalda, cuello , hombros, pies, muslos y piernas.

- ✓ Repetir 6 a 8 veces “mi brazo está cálido” y así con el resto del punto anterior.
- ✓ Repetir 6 a 8 veces “mi corazón late tranquilo y relajado”
- ✓ Repetir de 6 a 8 veces “mi respiración es cada vez más tranquila”
- ✓ Repetir de 6 a 8 veces “mi estómago está cada vez más cálido”
- ✓ Repetir de 6 a 8 veces “mi frente está fría”

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Payne,Rosemary A.(2009). Técnicas de relajación: Guía práctica para el profesional de la salud. Editorial Paidotribo.
- **Artículo de revistas:** Soriano Gonzalez, Javier (2012). Estudio cuasi experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. Enfermería Global nº 26, abril 2012 páginas 39-53

TEMA 63. GRASAS TRANS: EFECTOS EN LA SALUD Y SU REGULACIÓN.

**NOELIA CUESTA MARIA
SUSANA DÍAZ BRANDY
CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ
MÓNICA CANTELI RIVERA
ABILIO ÁLVAREZ GONZALEZ**

ÍNDICE

- **Introducción**
- **Objetivos**
- **Metodología**
- **Resultados**
- **Conclusiones**

Introducción

Las grasas que ingerimos proceden de diversos alimentos de origen animal y vegetal en diferentes proporciones. No todas son igual de necesarias para mantener la salud ya que diversos estudios clínicos y epidemiológicos evidencian que un consumo elevado de grasas trans tienen un efecto adverso en la salud.

Los ácidos grasos trans son ácidos grasos insaturados los cuales podemos encontrar de manera natural o industrial en los alimentos.

De manera natural son formados en el rumen de los animales poligástricos como vacas, ovejas o cabras donde los ácidos son absorbidos por el sistema gástrico y pasan a los músculos y leche de estos animales, encontrándose así en pequeñas cantidades en los productos derivados de ellos.

El segundo mecanismo de producción es el industrial o artificial, por el cual mediante un proceso de hidrogenación total o parcial de aceites vegetales donde se combina hidrógeno con un catalizador como el níquel, se obtienen aceites mas estables los cuales son menos propensos al enranciamiento oxidativo y más parecidos a las grasas de origen animal.

Objetivos

- Se pretende analizar el efecto de las grasas trans en la salud.
- Conocer la estrategia que lleva a cabo la OMS para su eliminación.
- Saber los principales alimentos con alto contenido en grasas trans.

Resultados

Diversos estudios clínicos y epidemiológicos evidencian que un elevado consumo de ácidos grasos trans tienen efectos adversos en la salud y son doblemente nocivos al aumentar los niveles de colesterol LDL (colesterol malo) y disminuir el HDL (colesterol bueno).

Un elevado nivel de colesterol en sangre es uno de los factores responsables en la formación de placa de ateroma. La aterosclerosis es una enfermedad de las arterias que genera una acumulación de colesterol en sus paredes lo que provoca que la sangre circule con mayor dificultad y aumente el riesgo de producir obstrucciones siendo la principal causa de los infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares.

Su consumo también se asocia con algunos tipos de cáncer especialmente de mama y de próstata y tienen un papel importante en el desarrollo de la diabetes.

Por todo ello la OMS¹ recomienda que su consumo no supere el 1% de la ingesta calórica total, yendo un paso más allá pidiendo la eliminación absoluta del uso de grasas trans en la industria alimentaria con una fecha límite año 2023. Así como la recomendación a los gobiernos que hagan uso de una guía de acción que consta de seis áreas llamada “Replace” que ayudará a su eliminación.

Las seis áreas de acción son:

1. Examen de las fuentes dietéticas de grasas trans de producción industrial y del panorama general para la introducción de los necesarios cambios normativos.
2. Fomento de la sustitución de las grasas trans de producción industrial por grasas y aceites más saludables.
3. Legislación o aprobación de medidas reguladoras para eliminar las grasas trans de producción industrial.
4. Evaluación y seguimiento del contenido en las grasas trans de los alimentos y cambios de su consumo por la población
5. Concienciación de los planificadores de políticas, los productores, los proveedores y la población sobre los efectos negativos de las grasas trans en la salud.
6. Obligación de cumplimiento de las políticas y reglamentos.

Algunos países europeos como Dinamarca seguida por Suiza, Austria o Argentina y los estados de Nueva York y California fueron pioneros en la introducción de medidas legislativas guiadas a la reducción del contenido y consumo de grasas trans.

No debemos olvidar que facilitar al consumidor una clara identificación de los productos es fundamental, ya que nos ayudará a elegir la opción más saludable e impulsaría a la industria a desarrollar productos saludables.

Los alimentos que pueden contener grasas trans son numerosos pero consultando su etiquetado podremos saber si contiene grasas hidrogenadas o parcialmente hidrogenadas, de no venir así descrito en la etiqueta deberá verse el aporte total de las grasas saturadas.

Alimentos a evitar:

- Margarina.
- Pastelería y bollería industrial.
- Comida rápida.
- Salsas.
- Galletas.
- Helados
- Productos precocinados.

Método

La metodología empleada para este trabajo ha sido la revisión bibliográfica de artículos publicados en las principales bases de datos más importantes en el campo de ciencias de la salud tales como Scielo, Medline.

Paginas web de organismos internacionales como la OMS y organismos nacionales como la Fundación Española del Corazón y Fundación Hipercolesterolemia Familiar.

También se han usado DECS (descriptores de Ciencias de la Salud) en los cuales se han usado palabras clave como ácidos grasos trans, colesterol y enfermedades cardiacas.

Conclusión

El consumo de grasa es imprescindible para el ser humano para garantizar su salud. Hay que conocer el tipo de grasa que estamos ingiriendo, priorizando las grasas insaturadas frente a las grasas saturadas o grasas trans pues tal y como se ha expuesto anteriormente su consumo elevado esta directamente relacionado con el aumento de los niveles de colesterol y el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Por estas razones, la OMS ha llevado a cabo un paquete de medidas para ayudar a los gobiernos a eliminar las grasas trans de su producción y reemplazarlas por aceites más saludables.

Los consumidores no somos conocedores de los efectos que una ingesta elevada de grasas trans tiene sobre la salud. Por eso establecer políticas de reducción del consumo junto a campañas de información y reformulación de alimentos, podría salvar millones de vidas en los próximos años.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. Replace: sin grasas trans para el 2023; [2018]; Disponible en: <https://www.who.int/es/nutrition/topics/replace-transfat>
- MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); Datos sobre las grasas trans; [actualizado 23 Abril 2018; citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000786.htm>

- Ballesteros-Vásquez M. N., Valenzuela-Calvillo L. S., Artalejo-Ochoa E., Robles-Sardin A. E.. Ácidos grasos trans: un análisis del efecto de su consumo en la salud humana, regulación del contenido en alimentos y alternativas para disminuirlos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Feb [citado 2019 Mayo 19]; 27(1): 54-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100007&lng=es
- Fundación Española del Corazón [Internet]. Fundación Española del Corazón; El peligro de las grasas trans; 2019; [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/corazon-facil/blog-impulso-vital/2957-el-peligro-de-las-grasas-trans-.html>

- Torrejon, Claudia & Uauy, Ricardo. (2011). Calidad de grasa, arterioesclerosis y enfermedad coronaria: efectos de los ácidos grasos saturados y ácidos grasos trans. Revista médica de Chile. 139. 924-931. 10.4067/S0034-98872011000700016.
- Fundación Hipercolesterolemia Familiar [Internet]. Hábitos de vida saludables: Grasas y aceites; 2019; [citado 13 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.colesterolfamiliar.org/habitos-de-vida-saludables/dieta-y-nutricion/grasas-y-aceites/>
- Contenido de ácidos grasos trans en los alimentos en España. 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016.

TEMA 64. SALUD AMBIENTAL.

ANA MARÍA GARCÍA VILLA

ÍNDICE

- **OMS**
- **SALUD AMBIENTAL**
- **EFFECTOS AMBIENTALES SOBRE LA SALUD**

OMS

La función del Departamento de Salud Pública, Medio Ambiente y Determinantes Sociales de la Salud (OMS) consiste en fomentar un medio ambiente más saludable, intensificar la prevención primaria e influir en las políticas de todos los sectores para solucionar las causas remotas de las amenazas medioambientales a la salud.

Se calcula que un 24% de la carga mundial de morbilidad y un 23% de la mortalidad son atribuibles a factores medioambientales.

El Departamento formula y promueve políticas e intervenciones preventivas basadas en el conocimiento y en un análisis científico detallado de la base de datos probatorios respecto de los determinantes ambientales y sociales de la salud humana.

La evaluación y la gestión de los riesgos (contaminación atmosférica, del aire de interiores, productos químicos, agua insalubre, falta de saneamiento o radiaciones ionizantes y no ionizantes) y la formulación de normas y orientaciones basadas en datos probatorios acerca de los principales peligros ambientales para la salud.

Se podría prevenir cerca de una cuarta parte de la carga de morbilidad mundial centrandó la atención en la reducción de los factores de riesgo sociales y medioambientales.

Al mismo tiempo, para abordar los determinantes medioambientales de la salud son necesarias acciones urgentes del sector de la salud, en colaboración con otros sectores, como el de la energía, los transportes, la agricultura o la industria.

SALUD AMBIENTAL

La salud ambiental se ocupa de evaluar, controlar y corregir los factores que inciden negativamente en la salud de las personas, lucha contra la contaminación.

La salud ambiental también tiene en cuenta el punto de vista sanitario:

Controlando el abastecimiento del agua

Controlando el calendario de vacunación de las personas.

Evaluando el sistema de alcantarillado.

Revisando la higiene comunitaria o en el trabajo.

EFECTOS AMBIENTALES SOBRE SALUD

- + *Enfermedades respiratorias, el asma y las alergias*, por la contaminación del aire, en ambientes cerrados o al aire libre.
- + *Trastornos neurológicos de desarrollo*, por los metales pesados, los POP, los PCB y los plaguicidas.
- + *El cáncer infantil*, por una serie de agentes físicos, químicos y biológicos
- + *Los plaguicidas* tienen probablemente un efecto sobre el sistema inmunológico, la alteración de los procesos endocrinos, los trastornos neurotóxicos y el cáncer.
- + *La radiación ultravioleta* puede reprimir la respuesta inmunológica y constituye una de las principales fuentes de cáncer de piel.
- + *La exposición a niveles de ruido elevados* cerca de las escuelas puede influir negativamente sobre el aprendizaje.

BIBLIOGRAFÍA

- + https://www.who.int/phe/about_us/es/
- + <https://www.ecologiaverde.com/que-es-salud-ambiental-definicion-y-ejemplos-1402.html>
- <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/medioAmbiente/home.htm>

TEMA 65. ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA.

PATRICIA VEGA TORRES

ADRIANA CAMPILLO CASO

ROSA ELENA ALVES RUBIO

MARIA JOSE PEREZ BORREGO

ÍNDICE

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

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera actividad física a “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. Incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. La misma organización considera también que la actividad física no debe confundirse con el ejercicio, ya que “éste es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o mas componentes de la aptitud física”.

En palabras de Hellín (2008), “cuando las actividades físicas están orientadas bajo un propósito de mejora de la estructura corporal en sí misma, llegamos al concepto de ejercicio físico”. En la misma línea, señala Becerro, M. (1989), citando a Casperson y cols. (1985), que “el ejercicio físico supone una subcategoría de la anterior, la cual posee los requisitos de haber sido concebida para ser llevada a cabo de forma repetida, con el fin de mantener o mejorar la forma física”. Podemos decir, por lo tanto, que la actividad física utiliza el ejercicio físico para mejorar la salud de las personas que lo realizan.

En relación con el término “salud”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Para Shepard (1995), la salud es “una condición humana con una dimensión física, social y psicológica, caracterizada por poseer un polo positivo y negativo. La salud positiva se asocia con una capacidad de disfrutar la vida y resistir desafíos; no está meramente asociada a la ausencia de enfermedad. La salud negativa se asocia con la morbilidad y, en extremo, con la mortalidad prematura”.

Como conclusión, utilizamos las palabras de Devis (2000), quien define la salud como “una noción multidimensional porque hace referencia tanto a aspectos físicos como mentales y sociales. No es algo estático que se consigue una vez y se tiene para siempre, sino que la salud es dinámica porque discurre y se combina constantemente entre la enfermedad y el bienestar. También es una noción compleja porque las personas podemos experimentar altos niveles de enfermedad o discapacidad entre muchas otras posibilidades. Pero, además, depende de las condiciones históricas, sociales, culturales y medioambientales en que viven las personas”.

LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL BEBÉ

Durante los primeros meses de vida, un bebé no tiene ningún control sobre su cuerpo ni sus movimientos. Poco a poco comienza a sostener la cabeza, girar el cuello y controlar los movimientos que realiza con las extremidades. Con un año, ya suele gatear y sostenerse de pie agarrándose a algo o alguien. Todas estas capacidades se desarrollan sin ayuda, es un proceso natural en el desarrollo del bebé, sin embargo, aportarle estímulos externos facilita la maduración, permite otro tipo de aprendizajes y ayudará a que se produzca un mejor desarrollo de la inteligencia, así como un aumento de la autonomía.

LA ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y JÓVENES

La actividad física de esta etapa consiste principalmente en la realización de juegos, deportes, actividades recreativas, ejercicios programados en centros educativos o gimnasios, entre otros.

La actividad física es esencial para mantener y mejorar la salud, así como para la prevención de enfermedades. También aporta unos beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales. Y, en la infancia y adolescencia genera unos beneficios adicionales.

Procedemos, por lo tanto, a citar dichos beneficios establecidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

1. Beneficios Fisiológicos:

- Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, tensión arterial alta, cáncer de colon y diabetes.
- Ayuda a controlar el sobrepeso, la obesidad y el porcentaje de grasa corporal.
- Fortalece los huesos, aumentando la densidad ósea.
- Fortalece los músculos y mejora la capacidad para hacer esfuerzos sin fatiga.

2. Beneficios Psicológicos:

- Mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión; aumenta la autoestima y proporciona bienestar psicológico

3. Beneficios Sociales:

- Fomenta la sociabilidad.
- Aumenta la autonomía y la integración social.

4. Beneficios adicionales en la infancia y adolescencia

- Contribuye al desarrollo integral de la persona.
- Controla el sobrepeso y la obesidad. Algo muy importante para prevenir la obesidad adulta.
- Mayor mineralización de los huesos y disminución del riesgo de padecer osteoporosis en la vida adulta.
- Mejora la maduración del sistema nervioso motor y aumento de las destrezas motrices.
- Mejor rendimiento escolar y sociabilidad.

Respecto a los beneficios que se generan en los jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y los 30 años, podemos decir que es en ese momento cuando una persona se comienza a plantear que es hora de cuidarse. Los objetivos que se buscan en ese momento son:

- Liberar estrés.
- Aprender a relajarse.
- Mejorar la condición física.
- Aprender a tener posturas correctas para evitar posibles lesiones.
- Realizar ejercicio en diferentes ambientes y probar diferentes tipos de clases dirigidas.
- Adquirir el hábito de practicar ejercicio al menos 5 días a la semana.

LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA MADUREZ

Al alcanzar la etapa de la madurez, resulta cada vez más necesaria la práctica de ejercicio físico para poder disfrutar de un envejecimiento activo que nos asegure una buena calidad de vida durante la vejez. Adoptar un plan de actividad o de entrenamiento, ya sea al aire libre o acudiendo a clases programadas, nos ayudará a prevenir el sedentarismo y los peligros que trae consigo para la salud, ya que esta etapa suele ser propicia para abandonarse y dejar de realizar actividad física como consecuencia de las cargas familiares y/o profesionales que hacen que cada vez se tenga menos tiempo libre, lo que da lugar a que se renuncie a la práctica de cualquier deporte.

Realizar actividad física de forma constante, al menos una hora al día, genera los siguientes beneficios:

- Se reduce en un 20% la tasa de mortalidad por infarto de miocardio.
- Mejora la actividad articular.
- Previene la osteoporosis y las fracturas óseas.
- Se incrementa la absorción de calcio y potasio.
- Se pierde grasa corporal y peso.
- Mejora el índice de glucosa.
- Aumenta la actividad enzimática oxidativa, lo que produce una mejora de la utilización del oxígeno.
- Reduce los niveles de colesterol y triglicéridos.
- Aumenta la tolerancia al esfuerzo.
- Aumenta el volumen de sangre (plasma y glóbulos rojos).

- Aumenta el volumen máximo de oxígeno y la respiración, por lo que se incrementa la ventilación, difusión y transporte de oxígeno.
- Reduce el riesgo de padecer enfermedades pulmonares, renales, hepáticas y endocrinas.
- Reduce la aparición de varices, ya que durante el ejercicio la sangre circula más rápidamente.
- Disminuye la hipertensión arterial.
- Mejora el aspecto estético.
- Estimula el optimismo, la vitalidad y la voluntad.
- Ayuda a combatir el estrés
- Favorece la autoestima.
- Ayuda a conciliar mejor el sueño.
- Fomenta las relaciones sociales.
- Mejora la coordinación, la agilidad y los reflejos.
- Mejora la calidad de vida.

LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA VEJEZ

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la actividad física en esta etapa consiste en “actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de actividades diarias, familiares y comunitarias”.

Según Portillo (2002), “muchas veces se asocia el proceso de envejecer con una fase de vida en la que, el individuo pasa de plenitud física, social y mental a la más absoluta decrepitud”. Este concepto ha ido desapareciendo con el paso de los años porque las personas que pertenecen a la tercera edad se han negado a asumir un papel pasivo. En este sentido, la actividad física constituye un elemento esencial en esta etapa de la vida.

La actividad física en esta etapa de la vida actúa de diversas formas, y aporta una serie de beneficios tales como:

- Retrasa el envejecimiento del cerebro.
- Previene el desarrollo de enfermedades como el alzhéimer.
- Aumenta la sensación de bienestar y evita la soledad.
- Reduce la grasa corporal, por lo que ayuda a mantener un peso corporal adecuado.
- Reduce el riesgo de desarrollar patologías tales como diabetes, alteraciones cardiacas o hipertensión.
- Disminuye es estrés.
- Reduce el insomnio.
- Favorece la autoestima.
- Ayuda a controlar los niveles de azúcar en sangre.
- Ayuda a controlar el colesterol.

- Reduce y retrasa el deterioro cognitivo.
- Favorece la liberación de endorfinas, lo que mejora el bienestar emocional.
- Disminuye el riesgo de depresión y ansiedad.
- Refuerza la musculatura, por lo que favorece el equilibrio y reduce notablemente el riesgo de caídas y dolores musculares.
- Contribuye al aumento de la flexibilidad.

El sedentarismo es un gran enemigo en la etapa de la tercera edad, ya que provoca que las personas mayores pierdan sus capacidades funcionales de manera acelerada, y con ello pierdan también su autonomía. Las mejoras que el ejercicio físico produce en la calidad de vida son muy numerosas, pero la principal es que les proporciona libertad para realizar funciones básicas de su día a día sin tener que depender de otros.

OBJETIVOS

El objetivo principal del presente trabajo es conocer los beneficios, tanto físicos como sociales y psicológicos que aportan la actividad y el ejercicio físico a la calidad de vida de las personas, independientemente de la etapa vital en la que se encuentren.

Como objetivos específicos podemos destacar:

- Diferenciar los conceptos de actividad y ejercicio físico.
- Conocer los beneficios de la actividad física en bebés.
- Conocer los beneficios de la actividad física en niños, adolescentes y jóvenes.
- Conocer los beneficios de la actividad física en la madurez.
- Conocer los beneficios de la actividad física en la vejez.

MÉTODO

Se trata de un trabajo de revisión y reflexión teórica basado en la búsqueda y revisión de artículos, documentos y capítulos de libros.

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda han sido: Scielo, Dialnet, Google Scholar y Psycodoc.

Respecto a los descriptores, podemos destacar: actividad física, ejercicio físico, ejercicio adultos, ejercicio niños, ejercicio bebés, ejercicio vejez, beneficios ejercicio y sedentarismo.

RESULTADOS

Al tratarse de un trabajo de revisión y reflexión teórica carecemos de datos cuantitativos. Sin embargo, numerosos estudios demuestran que la práctica de actividades y ejercicios físicos aportan numerosos beneficios en todas las etapas a lo largo de la vida.

Un estudio realizado por Carratala y Carratala (1999) muestra en sus resultados que existe un componente importante en atribuir al deporte la potencialización de factores psicosociales como incorporar la norma, el respeto por el prójimo, la responsabilidad y el compañerismo.

Para autores como Sonstroem (1984), “la participación de los individuos en un deporte o en un ejercicio físico, puede ayudar a construir una autoestima más sólida”. Para Maxwell y Tucker (1992), “una autoimagen positiva de sí mismo”, y para Laforge et al. (1999), “una mejora de la calidad de vida entre niños y adultos”. Finalmente, en palabras de Mutrie y Parfitt (1998), el ser físicamente activo puede también reducir las conductas autodestructivas y antisociales en la población joven”.

CONCLUSIONES

El sedentarismo es un fenómeno relativamente reciente propio de la mayoría de los habitantes de países desarrollados. Se debe en gran medida a la creciente disponibilidad de diversos medios de transporte pasivos, al uso de las nuevas tecnologías, la robótica en los puestos de trabajo o las nuevas formas de ocio, entre otros.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), “al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud”. Numerosos estudios realizados en las últimas décadas han demostrado los beneficios, tanto físicos como mentales, que genera la práctica de actividades y ejercicios físicos.

El ejercicio regular, de al menos una hora al día, ya sea con mayor o menor intensidad, no solo disminuye el riesgo de padecer enfermedades tales como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes o ciertos tipos de cáncer, sino que además, nos aporta beneficios psicológicos y sociales como la mejora del estado de ánimo, la reducción del estrés o ansiedad y en general una mejora de la autoestima.

En definitiva, es esencial fomentar la práctica de actividad física a lo largo de todas y cada una de las etapas de la vida, ya que está demostrado que nos aporta un gran número de beneficios en varias áreas y además, mejora nuestra calidad de vida y nuestras capacidades de cara a un futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- **Libros:** Estudio de la actividad Física del Niño. Instituto Navarro de Deporte y Juventud.
Fajardo, E., Pacheco, C., Moreno, A (2010). Ejercicio y recreación durante la vejez. *Edufísica*, 2 (6), 234-45.
Gorostiaga, E., Izquierdo, M. (2000). El ejercicio físico en la tercera edad evita la pérdida funcional. *Diario Médico*.
- **Artículo de revistas:** Alcántara, P., Romero, M. (2001). Actividad física y envejecimiento. *Lecturas: Educación física y Deportes*. No32
Moreno González, A. (2005). Incidencia de la Actividad Física en el adulto mayor. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Vol.5 (19). Pp. 222.237

- **Página WEB** : Troconis, D. Importancia de la actividad física en los niños y adolescentes. Disponible en:

<https://tuestima.com/importancia-de-la-actividad-fisica-en-los-ninos-y-adolescentes/>

Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Disponible en:

https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommen-dations/es/

TEMA 66. ALCOHOLISMO Y ADOLESCENCIA.

**LEYRE MARTINEZ GOÑI
MARÍA IBARROLA ELIZAGARAY
XABIER AMEZTOY ECHENIQUE
OLATZ NAIARA ESLAVA ABAURREA**

INDICE

- **INTRODUCCION**
- **SINTOMAS**
- **FACTORES DE RIESGO**
- **PREVENCION**
- **BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCION

- La adolescencia representa la transición de la niñez a la edad adulta (entre 10 y 19 años) es decir, es un periodo de desarrollo donde la persona adquiere capacidades físicas y psíquicas que la identificarán como desarrollada. Al ser una etapa de profundos cambios, está marcada por la inestabilidad, el desconcierto y la confusión de los propios jóvenes ante sus cambios.
- Durante esta fase de desarrollo, los jóvenes se muestran mucho más vulnerables ante algunos riesgos poco saludables, como el consumo de alcohol y las drogas.

DATOS A TENER EN CUENTA:

El consumo de alcohol suele iniciarse en España alrededor de los 13 años.

El 75,1% de los adolescentes de 14-18 años ha consumido alcohol alguna vez en su vida. 6 de cada 10 adolescentes se han emborrachado alguna vez en su vida y 1 de cada 3 lo han hecho en los últimos 30 días.

El número de chicas que consume alcohol y se emborracha es superior al de los chicos.

La mitad de los adolescentes españoles no cree que consumir 4 o 5 copas durante los fines de semana puede ocasionar problemas de salud.

El consumo de alcohol por los adolescentes produce graves efectos sobre la salud física, psíquica y social al no haberse completado su desarrollo y aumenta la probabilidad de ser dependiente del alcohol a la edad adulta.

SINTOMAS

Las señales principales del abuso de alcohol en adolescentes son:

✓ **FISICAS:** Fatiga, múltiples quejas sobre salud física, ojos enrojecidos, vómitos.

✓ **EMOCIONALES:** Cambios en la personalidad, cambios bruscos de humor, irritabilidad, comportamientos irresponsables y arriesgados, baja autoestima, tristeza o depresión, desinterés general en actividades que antes le gustaban.

✓FAMILIARES: Riñas más frecuentes, desobediencia de las normas, mentiras repetidas, estar retraído y tener poca comunicación, secretos excesivos.

✓ESCOLARES: Actitud negativa, peores calificaciones, ausencias en el colegio, problemas de disciplina.

✓SOCIALES: Amigos nuevos, problemas con la ley, cambio de estilo de vestir o de gustos musicales, tatuajes o piercings excesivos.

FACTORES DE RIESGO

- Conducta agresiva precoz
- Disponibilidad de alcohol y drogas en el barrio
- Pobreza
- Fracaso escolar
- Ambientes familiares caóticos o con abuso de alcohol o drogas en los padres
- Problemas serios en la educación de los hijos
- Falta de cariño entre padres e hijos
- Incapacidad para manejar situaciones adversas (no saber decir no)
- Amistad con otros chicos con problemas de conducta o legales

PREVENCION

- Realizar programas educativos que permitan:
 - Modificar percepción de normalidad del consumo
 - Incrementar percepción de riesgo
 - Potenciar el desarrollo de habilidades y competencias personales.

- Fomentar vínculos con la sociedad-familia-escuela
- Prevención del fracaso escolar
- Inclusión de la educación para la salud en centros y escuelas
- Detección menores de riesgo
- Fomentar factores de protección familiar, mejora de la comunicación, desarrollo de la autoestima y la autonomía
- Implicar a la familia en programas escolares
- Sensibilizar a la población para aumentar el rechazo social hacia ciertos patrones de consumo
- Campañas institucionales de información y sensibilización
- Intervención prioritaria en zonas de mayor riesgo
- Disminuir accesibilidad y disponibilidad
- Leyes de regulación de la venta y de la publicidad

BIBLIOGRAFIA

Páginas webs:

<https://www.universidadviu.es>

<https://www.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

<https://www.mscbs.gob.es/campañas/campanas11/alcoholenmenoresnoesnormal/sabias.html>

<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/alcohol-adolescentes>

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/como-prevenir-el-uso-de-drogas>

TEMA 67. LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

**NOELIA NAVARRETE FERNÁNDEZ
ESTEBAN PIQUERO FERNÁNDEZ
MÓNICA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
LUIS SÁNCHEZ NÚÑEZ
PAULA CASTAÑO RODRÍGUEZ**

INDICE

- ¿QUE ES LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?
- EPIDEMIOLOGIA
- SINTOMAS
- FASES DE LA ENFERMEDAD
 - FASE LEVE
 - FASE MODERADA
 - FASE GRAVE
- FACTORES DE RIESGO
- DIAGNOSTICO
- TRATAMIENTO
- CONCLUSION

¿QUE ES LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER?

- La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa cerebral, la cual consiste en la pérdida de neuronas de manera gradual y progresiva que acaba afectando a la función normal del sistema nervioso.
- Actualmente es la forma más común de demencia y la primera causa de discapacidad entre las personas mayores.

EPIDEMIOLOGIA

- El Alzheimer es el subtipo de demencia progresiva mas frecuente, llegando a representar entre un 50-90% de ellas.
- Sin embargo hay que tener en cuenta que la prevalencia no es similar en todos los grupos de edad, sino que esta va aumentando de forma exponencial cuanto mayor sea la edad de la persona; esto hace que actualmente debido al incremento de la esperanza de vida y por ende el envejecimiento de la población nos encontremos la alta prevalencia comentada anteriormente.

SINTOMAS

- Perdida de memoria (a corto y largo plazo)
- Cambios en la personalidad (depresión, apatía, ansiedad e irritabilidad)
- Problemas para orientarse y prestar atención
- Descenso en el nivel de energía
- Problemas para realizar AVDs
- Problemas con el lenguaje (habla y escritura)
- Deterioro capacidades motoras (caminar, subir escaleras,...)

FASES DE LA ENFERMEDAD

- La Enfermedad de Alzheimer no es estática sino que va progresando lentamente a lo largo del tiempo, con lo cual se han establecido una serie de fases dependiendo de los diferentes síntomas que presente el paciente. Aunque la inclusión de un paciente en cada una de ellas puede ser complicado ya que las fases se superponen.
- Fases:
 - Leve o 1
 - Moderada o 2
 - Grave o 3

FASE LEVE

- Tiene una duración aproximada de entre 3 y 4 años
- Pueden empezar con leves pérdidas de memoria y cambios en el estado de ánimo.
- Todavía son capaces de realizar gran número de actividades de forma independiente pudiendo necesitar ayuda en alguna tarea más compleja.
- Se vuelven menos enérgicas y espontáneas en comparación al comienzo de la enfermedad.
- Se vuelven más lentos en el habla y comprensión, pudiendo perder el hilo de una conversación que están manteniendo en ese momento.

FASE MODERADA

- Tiene una duración aproximadamente de 3 años.
- Son mas propensos a olvidar acontecimientos recientes y su historia personal lo que les conlleva en muchos casos a estar mas desorientados y desconectados con la realidad.
- Se vuelven mas descuidados con la higiene personal.
- Confunden en su mayoría recuerdos del pasado y el presente (entre ellos destaca no reconocer a las personas con las que convive) lo que conlleva a una desorientación temporo espacial y en algunos casos a episodios de agresividad.

FASE MODERADA (cont)

- Experimentan alucinaciones pudiendo evocar a familiares ya fallecidos o ver a personas o animales que no pertenecen a su entorno, creando episodios de ansiedad, irascibilidad y agresividad.
- Mayor dependencia hacia el cuidador principal.
- Tienden a tener mas momentos de deambulaciones.
- En esta fase se empieza a observar incontinencia leve/moderada de orina y fecal, pudiendo tener que llegar a utilizar compresas o pañales dependiendo del grado.
- Tienden a experimentar trastornos del sueño.

FASE GRAVE

- En su mayoría las personas de esta fase han perdido la capacidad de comunicarse.
- Han perdido la capacidad de masticar y tragar en su totalidad, necesitando asistencia en la ingesta de los alimentos (purés) y líquidos.
- Presentan una dependencia física mucho mayor, y en algunos casos total; llegando en estos últimos a tener que permanecer encamados o en silla de ruedas
- Falta de reconocimiento tanto propio como familiar
- Incontinencia total

FACTORES DE RIESGO

- Edad
- Antecedentes familiares
- Síndrome de Down
- Enfermedades cerebrovasculares (en pacientes con HTA, DM,...)
- Estilo de vida sedentario: poco ejercicio y obesidad
- Traumatismos craneoencefálicos
- El género femenino parece que empeore el pronóstico y probablemente predispone, pero ¿es así porque las mujeres viven más?

DIAGNOSTICO

- Lo mas importante es excluir que se trate de otra enfermedad la cual tenga un tratamiento especifico que lleve a su curación o que se trate de una enfermedad degenerativa diferente.
- El diagnostico de la enfermedad de Alzheimer en vida es un diagnostico de probabilidad mediante la anamnesis y la exploración física, pudiendo incluir además el uso de test (ej: Minimental State Examination).
- Además existen diferentes biomarcadores pero su uso clínico esta limitado debido a su coste elevado y que se tratan de técnicas invasivas.

TRATAMIENTO

- El tratamiento del Alzheimer se basa en dos pilares básicos:
 - Tratamiento farmacológico: actualmente el tto farmacológico para el Alzheimer no es curativo sino que se trata de un tto sintomático, se utilizan diferentes medicamentos como son los inhibidores de la colinesterasa, la memantina y fármacos para el control de alteraciones conductuales.
 - Tratamiento no farmacológico: tanto para el paciente (estimulación cognitiva, psicoterapia, relajación,..) como para el cuidador.

CONCLUSION

- Actualmente la enfermedad de Alzheimer es muy frecuente en nuestro medio debido a que tenemos una población envejecida (la cual irá aumentando en los próximos años), por ello los numerosos estudios que se están realizando pueden llegar a resultar muy útiles para poder encontrar una cura o para su diagnóstico más precoz. Sin embargo actualmente el tratamiento no farmacológico (sin desprestigiar al tratamiento farmacológico) es la pieza clave tanto para los enfermos como para sus familiares.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS: -Palau Peña Casanova, Jordi Palau González. Enfermedad de Alzheimer. Barcelona. Fundacion la caixa. 1999.

-MYRON F. WEINER, ANNE M. LIPTON. Manual de Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Madrid. Panamericana S.L. 2010

WEB: -Know Alzheimer respuestas concretas dudas reales. Pablo Martinez-Lage Alvarez, Guillermo Garcia Ribas <https://knowalzheimer.com/todo-sobre-el-alzheimer/fases-del-alzheimer/>

-Fundacion Alzheimer España (FAE). Madrid. 2014.

www.alzfae.org/alzheimer

-Revista Salud y Bienestar. Natalia Dudzinska Camarero, Dr. Pablo Rivas.

<https://www.webconsultas.com/alzheimer/alzheimer-242>

-Brightfocus Foundation. 2016 <https://www.brightfocus.org/espanol/la-enfermedad-de-alzheimer-y-la-demencia/enfermedad-de-alzheimer-sintomas-y-etapas>

-Hablemos del Alzheimer. Fundacion Pasqual Maragall. Barcelona.

<https://blog.fpmaragall.org/las-fases-de-la-enfermedad-de-alzheimer>

TEMA 68. ANÁLISIS DE ACCIDENTE: CAÍDA DE CAMIÓN DESDE RECOGIDA DE BASURA.

**PILAR AINARA CEA VAQUERO
ANDREA CARREIRA SERRANO**

ÍNDICE

- **PRESENTACIÓN DEL CASO**
- **¿POR QUÉ HA SUCEDIDO?**
- **MEDIDAS PARA EVITAR EL ACCIDENTE**
- **CONCLUSIONES**

PRESENTACIÓN DEL CASO

En el accidente presentado, un trabajador de 44 años de la empresa de servicios de limpieza pública, el cual cuenta con 20 años de experiencia, es el encargado de la recogida de contenedores de residuos sólidos urbanos. En el comienzo de su jornada de horario nocturno sufre una caída del camión al soltarse del asidero y de la estribera.

En el momento del accidente en el camión se encontraban dos operarios y un conductor, que realizó un giro muy cerrado al tomar la curva, provocando que el operario caiga de la estribera e impacte con la cabeza en el suelo, provocándole un traumatismo craneoencefálico de gran severidad que le ocasiona la posterior incapacidad laboral.

Los operarios viajan subidos sobre la estribera y agarrados únicamente al camión por el asidero, y en la segunda, el recorrido de la curva en el que tuvo lugar el accidente.

Cabe destacar, que el camión comprometido en el accidente poseía un sistema de detección de estribos ocupados en perfecto funcionamiento, es decir, en presencia de los operarios el camión no puede superar los 30 km/h, ni circular marcha atrás, ni mover el sistema de elevación de contenedores.

Es bastante llamativo que una media de 3 accidentes al año tenía lugar en la empresa por problemas en relación con la estribera. En relación con la prevención, esta era llevada dentro de una modalidad mixta, combinando un servicio de prevención propio con un servicio de prevención ajeno encargado de alguna especialidad.

El trabajador que sufre el accidente había sido formado en prevención de riesgos laborales hace 10 años, aunque no había evidencia de que estuviera formado e informado en los riesgos específicos derivados de su trabajo.

El riesgo de caída a distinto nivel, que es el que se estudia en este caso, en otras ocasiones había sido reconocido previamente en la evaluación de riesgos, en la cual se establecían como medidas a aplicar, la implantación de un sistema que evitase las caídas de las estriberas, la cual quedó enmarcada como “actuación pendiente” pero no llegó a realizarse. Es por ello precisamente, que debería haberse incentivado la aplicación de equipos de protección individual hasta la implantación, mientras que la empresa únicamente optó por colocar carteles formativos.

¿POR QUÉ HA SUCEDIDO?

Tras analizar de manera detallada el accidente, entre sus causas se identifican:

En primer lugar, las medidas preventivas propuestas en la planificación derivada de la evaluación de riesgos son insuficientes o inadecuadas. Es especialmente llamativo que, aunque accidentes similares habían tenido lugar 8 veces en los 3 años anteriores, no se planificaron acciones preventivas para este accidente, únicamente informar o hacer indicaciones, lo cual es claramente insuficiente.

Por otro lado, la no ejecución de medidas preventivas recomendadas en la evaluación de riesgos.

Y por último, los equipos de protección son claramente inadecuados e insuficientes, ya que no se administró a los trabajadores ningún equipo de protección individual que evitara la caída o protegiera de las consecuencias de la caída.

MEDIDAS PARA EVITAR EL ACCIDENTE

Tras el análisis exhaustivo del caso, es evidente la necesidad de implantar medidas para evitar que accidentes como este vuelvan a suceder.

Como es lógico, debe llevarse a cabo la aplicación de medidas preventivas establecidas en la evaluación de riesgos, como la instalación de un sistema que evitara las caídas de las estriberas, y en caso de que no fuera posible, los operarios deberían viajar en la cabina junto al conductor.

Siempre que viajen en el exterior del vehículo deberían portar los elementos de protección individual para suavizar cualquier posible golpe que puedan sufrir, cuya utilización debería reforzarse, junto al resto de medidas preventivas, en cursos de formación e información sobre prevención.

CONCLUSIONES

Tras haber elaborado este caso, podemos concluir lo siguiente:

- En primer lugar, los riesgos que ocasionan el accidente son evitables y previamente identificados.
- En segundo lugar, el accidente es derivado del no cumplimiento de los requerimientos en la evaluación de riesgos.
- Y por último, no debe darse nunca la oportunidad de repetir un accidente con las mismas causas que un accidente previo.

BIBLIOGRAFÍA

- Junta de Andalucía. Pudo haberse evitado. Compendio de los primeros 50 pudo haberse evitado. 2017, Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/empleoempresaycomercio/areas/seguridad-salud/informacion/paginas/pudo-haberse-evitado.html>

TEMA 69. ANESTESIA.

**ELENA GARCÍA MENÉNDEZ
MARÍA VICTORIA MUTUBERRÍA DÍAZ**

ÍNDICE

- ANESTESIA Y DOLOR
- TIPOS DE ANESTESIA
- COMPLICACIONES

ANESTESIA Y DOLOR

La anestesia es un procedimiento médico que logra bloquear durante un determinado tiempo la capacidad del cerebro de reconocer un estímulo doloroso y así poder realizar intervenciones invasivas.

El dolor es un mecanismo de defensa muy importantes de nuestro cuerpo que se manifiesta cuando nuestros tejidos sufren algún tipo de lesión.

Sentimos el dolor gracias a los receptores especializados en transportar la sensación del dolor; nuestra piel está inmensamente inervada por nervios sensoriales que se activan enviando señales eléctricas hacia la médula espinal y que esta transporta al cerebro, donde el dolor es reconocido.

TIPOS DE ANESTESIA

La anestesia puede aplicarse en tres puntos diferentes:

- En el lugar exacto de la lesión bloqueando los receptores del dolor que hay en la piel.
- En la médula espinal bloqueando la señal que viene de un nervio periférico.
- En el cerebro; para impedir que este reconozca las señales dolorosas que le llegan.

ANESTESIA GENERAL: Es la indicada para cirugías quirúrgicas muy complejas; aquí el paciente está inconsciente y generalmente intubado y conectado a un respirador artificial. En la actualidad es un procedimiento muy seguro; y cuando hay complicaciones suelen ser derivadas de enfermedades que el paciente ya tenía como problemas cardiacos, renales, hepáticos...

ANESTESIA REGIONAL: El medicamento anestésico se inyecta cerca de un grupo de nervios y adormece una extensa área del cuerpo (por ejemplo la epidural de los partos que te adormece de cintura para abajo)

ANESTESIA LOCAL: Esta se puede aplicar de varias formas: inyección, aerosol o un ungüento; y adormece sólo una pequeña parte del cuerpo. Con esta anestesia, la persona está despierta o sedada, dependiendo de lo que se necesite. Dura poco tiempo y se usa para procedimientos menores en pacientes ambulatorios como en el dentista para la extracción de algún molar o en el dermatólogo para extirpar un lunar o verruga.

EFFECTOS SECUNDARIOS

ANESTESIA GENERAL:

- Náuseas y vómitos es algo muy común en los primeros días
- Dolor de garganta (motivado por la colocación de un tubo en la traquea para la ventilación).
- Confusión: el paciente suele estar confuso y desorientado. Dolores musculares si se han usado fármacos que los relajan
- Escalofríos e hipotermia por la bajada de temperatura que produce la anestesia

ANESTESIA REGIONAL:

- Dolor de cabeza: por la perforación de la duramadre y la posible salida de líquido cefalo raquideo.
- Dolor de espalda en el lugar de la punción.
- Dificultad para orinar, ya que también son afectados los nervios que controlan la micción.

BIBLIOGRAFÍA

- **Página WEB :**
- <https://es.thefreedictionary.com/anestesia>
- <https://www.mdsaude.com/es/2017/04/tipos-de-anestesia.html>
- <https://kidshealth.org/es/teens/anesthesia-types-esp.html>
- www.mba.eu/blog/efectos-secundarios-anestesia

TEMA 70. BURNOUT Y ENFERMERÍA. PUNTOS CLAVE.

SARA MARÍN ARRIAZU

ÍNDICE

- **DEFINICIÓN**
- **INCIDENCIA**
- **CONSECUENCIAS PARA ENFERMERÍA**
- **ESCALA DE VALORACIÓN**
- **CONCLUSIONES DE ESTUDIOS**
- **BIBLIOGRAFÍA**

DEFINICIÓN (I)

Síndrome de Burnout o “síndrome del quemado”.

Existen numerosas definiciones, la gran mayoría coinciden en que se trata de un síndrome psicológico tridimensional. Las dimensiones de las que se hablan son:

- Agotamiento
- Despersonalización o cinismo
- Falta de realización personal

Se dice que es una respuesta al estrés laboral crónico en aquellos trabajos cuyo objetivo es ayudar y apoyar a otras personas.

DEFINICIÓN (II)

La más aceptada es la propuesta por Maslach : “*síndrome psicológico en respuesta a estresores crónicos presentes en el trabajo; dándose respuesta en las siguientes dimensiones:*

a) abrumador agotamiento

b) sentimientos de cinismo y distanciamiento del trabajo

c) sentimiento de ineficacia y carencia de logros personales

El componente de agotamiento, representa el estrés individual básico de la dimensión de burnout; el cinismo (o despersonalización) representa la dimensión interpersonal del contexto y finalmente el componente de ineficacia y carencia de logros, representan la dimensión de auto-evaluación”

INCIDENCIA

- Tiene una tendencia creciente
- Estudios demuestran que el género femenino incrementa el riesgo de sufrirlo
- Los profesionales de enfermería son los más afectados a nivel sanitario, aunque todos los de demás profesionales también pueden estar involucrados, debido a las características del trabajo y condiciones del mismo (horario...)
- Otros estudios indican que los profesionales que desempeñan su labor en urgencias hospitalarias tienen tasas más elevadas de burnout que aquellos que lo hacen en otras especialidades

CONSECUENCIAS PARA ENFERMERÍA

- Mayor incidencia de:
 - Trastornos musculoesqueléticos
 - Lesiones laborales
 - Absentismo
 - Insatisfacción laboral
- Riesgo de abuso de alcohol y otras drogas
- Mayor riesgo de padecer depresión, ansiedad, baja autoestima...
- Afecta negativamente en la calidad del cuidados que éstos proporcionan, de aquí la importancia de su prevención ya que los efectos ya se extrapolan a un “segundo actor”

ESCALA DE VALORACIÓN (I)

Existen distintas escalas para valorar este síndrome, una que se emplea con mayor frecuencia es: *Maslach Burnout Inventory* (MBI), adaptada al español.

Valora las 3 dimensiones del Burnout, a través de 22 cuestiones con formato de respuesta tipo Likert, de 0 (nunca) a 6 puntos (diariamente).

Aspecto indicativo de ausencia de burnout: niveles bajos de las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y elevados de realización personal.

Aspecto indicativo de burnout elevado: elevados niveles de las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización y bajos de realización personal.

ESCALA DE VALORACIÓN (II)

Nivel medio de burnout: resto de situaciones

CONCLUSIONES DE ESTUDIOS

- Características que aumentan el riesgo de establecer un caso psiquiátrico:
 - Aumento niveles agotamiento emocional
 - Despersonalización
 - Afrontamiento centrado en la evitación
 - Consumo diario de tabaco
 - Ser profesional sanitario
- Se ha visto relación entre componentes del burnout con algunos factores de la personalidad

BIBLIOGRAFÍA (I)

- Cruz Silvia Portero de la, Cruz Jesús Cebrino, Cabrera Javier Herruzo, Abellán Manuel Vaquero. Factores relacionados con la probabilidad de padecer problemas de salud mental en profesionales de urgencias. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2019 [citado 17 Junio 2019] ; 27: e3144. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100331&lng=en. Epub Apr 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3079-31447>

BIBLIOGRAFÍA (II)

- Roth E, Pinto B. Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la UCBSP. 2010;8(2):62-100 .Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545466004>>
- Fernández-García MV, Zárate-Grajales MA, Bautista-Paredes L, Domínguez-Sánchez P, Ortega-Vargas C, Cruz-Corchado M, Montesinos –Jiménez G. Síndrome de burnout y enfermería. Evidencia para la práctica. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2012; 20 (1): 45-53. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/335/378

BIBLIOGRAFÍA (III)

- Guadalupe Núñez SV, Fernández Nieto MI, Herrera López JL. ¿En el personal de enfermería existe Burnout?. Enfermería Investiga. 2016; 1(1): 20-25. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194294>

TEMA 71. DETERMINACIÓN DE LA CALPROTECTINA FECAL EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA.

MARIA TERESA ALONSO SUAREZ.

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCION.**
- 2. LA ENFERMEDAD INFLAMATORIAS
INTESTINALES.**
- 3. DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA
INTESTINAL – EII.**
- 4. BIOMARCADORES DE LA ENFERMEDAD
INFLAMATORIAS INTESTINAL.**
- 5. LA CALPROTECTINA.**
- 6. UTILIDAD CLINICA.**
- 7. VALORES DE REFERENCIA.**
- 8. CONCLUSIONES.**
- 9. BIBLIOGRAFIA.**

1.- INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal y la diarrea son síntomas muy comunes en la población general y uno de los motivos más frecuentes de consulta en el servicio de gastroenterología. Clínicamente es difícil diferenciar entre enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y procesos funcionales intestinales. La colonoscopia es el método de referencia (gold standard) para el diagnóstico del proceso orgánico en el colon, y casi siempre es necesaria para descartar la EII. Sin embargo, es una técnica que tiene una serie de desventajas: es cara, invasiva y no podemos repetirla frecuentemente en los pacientes.

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII), es una enfermedad crónica que afecta al aparato digestivo, que por el momento no se puede curar. La edad de comienzo es generalmente entre los 15 y 25 años, y a menudo afecta, también, a los niños. Aunque hay personas que tienen sus primeros síntomas a los 50-60 años.

2.- LA ENFERMEDADES INFLAMATORIAS INTESTINALES.

Ambas causan inflamación del tubo digestivo, lo que puede causar dolor, diarreas y sangrado, pero existen diferencias entre ambas; mientras que la colitis ulcerosa afecta al colon, en la enfermedad de Crohn la inflamación puede localizarse en cualquier parte del tracto digestivo, desde la boca hasta el ano.

Los síntomas más comunes son: dolor abdominal, retortijones frecuentes, diarrea (puede empezar lentamente o de repente), necesidad de ir al baño con frecuencia, a veces sangrado rectal, anemia (que puede causar mareos o cansancio), fatiga (cansancio extremo), disminución del apetito, pérdida de peso e incluso fiebre.

Adicionalmente puede haber lesiones en la piel, en los ojos, o dolores en las articulaciones.

En niños y adolescentes puede haber retraso en el crecimiento.

Es importante saber que en la EII se alternan periodos de actividad de la enfermedad con síntomas importantes (conocidos como brotes o crisis), con otros periodos en los que la enfermedad se atenúa (fases de remisión).

En ocasiones, se puede tener un brote grave de la enfermedad y ser necesario un tratamiento hospitalario.

En casos muy graves, puede ser necesario extirpar, mediante cirugía, las partes afectadas del intestino. La cirugía a veces incluye la creación de una ileostomía.

- No es una enfermedad rara en el mundo desarrollado y sí lo es en los países pobres.
- Aunque, de momento, no hay cura para estas enfermedades, los programas de investigación y educación que existen, van mejorando la salud y la calidad de vida de las personas enfermas.

3.- DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL - EII

- La EII afecta a más cerca de 3 millones de personas en Europa y 5 millones en todo el mundo.
- En España la EII afecta a más de 100.000 personas, y a cerca de 30.000 personas en Cataluña.
- Estos datos están obtenidos del siguiente enlace www.accucatalunya.cat/es/enfermedades/enfermedades-inflamatorias-intestinales-eii

4.- BIOMARCADORES DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIAS INTESTINAL

Actualmente existen diversos biomarcadores de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII). Clásicamente se han utilizado como ayuda diagnóstica los reactantes de fase aguda (principalmente la Proteína C Reactiva, PCR y la Eritrosedimentación, VSG) para medir la inflamación intestinal, y Anticuerpos anti Citoplasma de Neutrófilos (p-ANCA) y Anticuerpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) para discriminar entre las Enfermedades Inflamatorias Intestinales, de los cuales la Colitis Ulcerosa (CU) y la Enfermedad de Crohn (EC) son las más comunes. Sin embargo estos marcadores sistémicos pueden ser influenciados por enfermedades no intestinales, poseen baja sensibilidad y especificidad para detectar la inflamación intestinal, y correlacionan pobremente con los síntomas e índices de actividad.

Recientemente, el uso de marcadores fecales emerge como una nueva herramienta diagnóstica que permiten evaluar inflamación intestinal de manera simple, rápida, no invasiva y reproducible. De todos ellos se destaca la medición de **Calprotectina Fecal (CPF)** ya que su concentración correlaciona bien con el número de Leucocitos Polimorfonucleares en el lumen intestinal, y de este modo, con el nivel de inflamación.

5.- LA CALPROTECTINA

- La **Calprotectina** es una proteína de unión a Calcio y Zinc que tiene propiedades antimicrobianas y se encuentra en el organismo de forma abundante, se localiza en diversas células, plasma y fluidos corporales, así como en las heces. El citoplasma de los granulocitos polimorfonucleares contiene hasta 60% de **Calprotectina**. También se encuentra en concentraciones traza en monocitos y macrófagos activados
- Posee propiedades antimicrobianas, inmunomoduladoras y antiproliferativas. La calprotectina tiene un importante papel patogénico en numerosas enfermedades inflamatorias sistémicas.

- Cuando existe un proceso inflamatorio se produce una migración leucocitaria a la luz intestinal a través de la mucosa inflamada, liberando **Calprotectina** que aumentará su concentración en heces (concentración seis veces mayor que la plasmática) en proporción directa al grado de inflamación intestinal, pudiendo cuantificarse por métodos de ELISA.

- Entre las ventajas de esta proteína es que no es afectada por medicamentos, es resistente a la actividad proteolítica de las enzimas digestivas (a diferencia de otros marcadores fecales), no se modifica ante la inflamación/infección sistémica (mayor sensibilidad y especificidad que otros marcadores serológicos habituales como PCR y VSG) y es estable a temperatura ambiente hasta un máximo de siete días (el alto contenido de Calcio contribuye a esta inusual estabilidad).

- La calprotectina, aumenta cuando la inflamación del colon está presente, y ha mostrado tener alta precisión diagnóstica para discriminar la EII de la no EII en la atención secundaria. La calprotectina es resistente a la degradación bacteriana del colon y se distribuye uniformemente en las heces.

6.- UTILIDAD CLÍNICA

- Ayuda al diagnóstico y seguimiento de enfermedad inflamatoria intestinal.
- **Enfermedad Inflamatoria Intestinal.** Excelente sensibilidad y especificidad diagnóstica (95% y 91 % respectivamente en adultos y 83 % y 85 % respectivamente en pacientes pediátricos), . Es proporcional a la gravedad de las lesiones y a la extensión de las mismas.
- **Dolor abdominal recurrente, diarrea crónica inespecífica y cólico del lactante.** Ayuda en la discriminación entre EII y trastornos funcionales del tracto gastrointestinal, siendo el más frecuente el Síndrome de Intestino Irritable (SII). El Valor Predictivo Positivo (VPP) es del 70-100 % y el Valor Predictivo Negativo (VPN) entre el 51-91 %.

- **Enteropatía Inducida por AINES.** Se ha documentado niveles anormales de Calprotectina Fecal en pacientes con daño intestinal por consumo de AINES.
- **Monitoreo del tratamiento de Enfermedad Inflamatoria Intestinal y predicción de recaídas.** Sus niveles aumentan antes de presentar clínica en el brote agudo. Se ha usado para monitorizar la respuesta al tratamiento reemplazando el seguimiento por endoscopía. Permite diferenciar Enfermedad Inflamatoria Intestinal en reposo de enfermedad activa. La curación de la mucosa se asocia con remisión sostenida.

7.- VALORES DE REFERENCIA:

- <http://www.laboratoriomedicina-huca.es/es/catalogo-pruebas/bioquimica-clinica/calprotectina>
- HECES
≤ 50 µg/g heces
- La muestra es estable 1 mes a –20 °C.
- Un resultado elevado de calprotectina fecal se correlaciona con la actividad endoscópica tanto en la enfermedad de Crohn como en la Colitis ulcerosa. A su vez, la disminución del valor de calprotectina fecal tras tratamiento médico, presenta una buena correlación con la respuesta clínica y con la curación mucosa en la enfermedad inflamatoria intestinal.

8.- CONCLUSIONES

La calprotectina fecal aparece en la mucosa intestinal cuando existe inflamación y puede ser detectada en las heces, este biomarcador permite valorar la actividad inflamatoria intestinal, incluso en las fases subclínicas en pacientes con colitis ulcerosa y en la enfermedad de Crohn, de manera sencilla, rápida y no invasiva por lo que resulta muy útil en la práctica clínica, siendo una herramienta muy útil para el diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal, para la evaluación de respuesta al tratamiento y para predecir el curso de la enfermedad.

9.- BIBLIOGRAFÍA

- www.accucatalunya.cat/es/enfermedades/enfermedades-inflamatorias-intestinales-eii/
- www.educainflamatoria.com/calprotectina-fecal-colitis
- <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedad-inflamatoria-intestinal-al-dia-220-articulo-el-caso-estandarizacion-calprotectina-fecal-S1696780115000081>
- www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/05_Estudio_economico_calprotectina.pdf
- <http://www.laboratoriomedicina-huca.es/es/catalogo-pruebas/bioquimica-clinica/calprotectina>
- <http://www.farestaie.com/novedades/profesionales/701-la-calprotectina-fecal-como-marcador-inflamatorio-intestinal/>

TEMA 72. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

BÁRBARA ROJAS SALINERO

TAMARA GIL BLANCO

ANA MARÍA PARRA CRUZ

Índice

- Introducción
- Objetivos
- Material y Método
- Discusión
- Conclusiones
- Bibliografía

Introducción

Palabras clave

Enfermedad de transmisión sexual, adolescencia, riesgo, conciencia, infección

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema grave de salud a nivel mundial. Además se trata de una responsabilidad de toda la sociedad.

Este problema resulta además aún más preocupante por el hecho de predominar en la adolescencia.

Estas enfermedades forman parte de una epidemia actual cuya responsabilidad la tiene la misma persona y son fácilmente evitables. Para ello, la promoción y la prevención de salud son imprescindibles. Todos los sectores de la sociedad juegan un papel fundamental, es necesario que se proteja la salud reproductiva, las relaciones sexuales, haya ámbitos de apoyo sin estigmas ni discriminación...

La prevención es la herramienta primordial en la pelea contra las ETS, hay que trabajar para modificar conductas y hacer mucho hincapié en la información y educación sanitaria (1,2)

Objetivo

Conocer el impacto de las enfermedades de transmisión sexual y cómo prevenirlas

Material y método

Para la búsqueda de este trabajo se ha llevado a cabo una selección bibliográfica, de artículos en inglés (por ser el lenguaje universal) y en castellano

La búsqueda bibliográfica ha sido a través de bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline Plus, Dialnet y Google Académico. Artículos que no superan los diez años de antigüedad.

Discusión

En los países desarrollados las ETS forman parte de las cinco causas más frecuentes de consulta de atención sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) evalúa que en el año 1999 tuvieron lugar 340 millones de casos nuevos en todo el mundo, de las cuatro ETS más prevalentes:

- Sífilis (12 millones),
- Gonorrea (62 millones),
- Infección por clamidia (92 millones)
- Tricomoniasis (174 millones)

La incidencia crece en personas que habitan en zonas urbanas, sin pareja y jóvenes; el riesgo de contagio crece con el escaso uso de preservativo y con el mayor número de parejas sexuales (2).

Se señala que los jóvenes inician las relaciones sexuales antes de los 16 años. Estas relaciones se llevan a cabo entre amigos, y el método de anticoncepción más utilizado es el preservativo.

Una vez cumplidos los 18 años se empiezan a producir diversos tipos de relaciones sexuales: en pareja inestable, estable, relaciones con amigos o amigas y relaciones esporádicas con desconocidos.

Hoy en día la relación por excelencia en la edad adolescente se llama monogamia serial, que se refiere a tener relaciones repetidas con la misma persona a lo largo de un tiempo, pero limitado, y luego se empieza otra relación diferente.

(2,3).

En las relaciones sexuales que tienen lugar con amigos /as o conocidos/as el riesgo a veces es mayor debido a que se peca de confianza, presuponiendo que no padecen ninguna enfermedad.

Sin embargo, en las relaciones que tiene lugar de manera esporádica con personas desconocidas, mayormente se utiliza preservativo para evitar embarazo y el contagio de ETS, excepto en situaciones de fiesta, cuando el alcohol está por medio...

Según estudios, se ha demostrado que cuanto más parejas sexuales se tiene a lo largo de la vida, menor es el número de veces que se ha utilizado el preservativo. No se han encontrado distinciones significativas en las conductas de los jóvenes más adinerados y los de nivel económico menor (1,3)

En los últimos años se ha incrementado la promiscuidad y la edad de comienzo es cada vez anterior.

La adolescencia es un colectivo sensible y frágil, además muy expuesto. Es por esto que la educación para la salud es muy importante, hay que incidir en ella, y sobre todo desde edades tempranas, inculcar una sexualidad responsable (4).

En el caso de las mujeres existe más riesgo de contraer ETS. Además, estas enfermedades en su mayoría son asintomáticas y pueden mantenerse escondidas, provocando a medio/largo plazo repercusiones irreversibles (1,4).

Conclusiones

- Lo que más repercute en la adolescencia y hace que los jóvenes se protejan es el miedo a un embarazo no deseado. El hecho de poder contraer una ETS no se percibe. Los jóvenes se excusan afirmando que lo hacen con personas de confianza, y otros mucho culpan al alcohol. Por desgracia, el poder del sistema sanitario que se ejerce sobre los adolescentes a cerca del riesgo, es muy escaso.
- En los jóvenes el preservativo es el método anticonceptivo por excelencia, y cuentan con conocimientos apropiados sobre su uso. A pesar de esto, se llevan a cabo conductas de riesgo en numerosas ocasiones. Según diversos estudios, sería útil proponer actuaciones para la disminución los embarazos no deseados, pero sobre todo las ETS, mediante educación sexual apropiada, favorecer la comunicación familiar y promover de la anticoncepción en general. Pues hoy en día existe una falta muy importante de educación para la salud en este ámbito.

Bibliografía

1. Sarmiento Olivera M et al. Estrategia de intervención educativa en enfermedades de transmisión sexual. Rev. Ciencias Médicas. Enero-Febrero. 2012; 16 (1): 32-43
2. Díez M, Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. Rev Esp Sanid Penit 2011; 13: 58-66
3. Saura Sanjaume S, Fernandez de Sanmamed Santos MJ, Vicens Vidal L, Puigvert Viu N, Mascort Nogé C, García Martínez J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. Aten Primaria.2010;42(3):143–148

4. Fernández Borbón H, Cuní González V. Educative intervention about sexually transmitted infections in adolescents. Rev. Ciencias Médicas. julio 2010; 14(3): EPIDEMIOLOGÍA

5. Pere Godoy. The monitoring and control of sexually transmitted infections: a pending problem yet Gac Sanit. 2011;25(4):263–266

TEMA 73. NUEVAS APLICACIONES EN ECOGRAFÍA.

**ELENA DÍAZ ALONSO,
TERESA ALVAREZ DÍAZ.**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ULTRASONIDOS.

3. EL EFECTO PIEZOELÉCTRICO.

3.1 TIPOS DE TRANSDUCTORES.

4. FACTORES DE CRECIMIENTO.

4.1. MÉTODO DE ADMINISTRACIÓN.

4.2. MÉTODO DE ACTUACIÓN.

4.3. APLICACIONES.

5. BIBLIOGRAFÍA.

1.INTRODUCCIÓN

La ecografía es una técnica de diagnóstico por imagen que se utiliza fundamentalmente para evaluar los tejidos blandos.

Se trata de un procedimiento seguro, no invasivo y que no utiliza radiaciones ionizantes, por lo que no produce efectos biológicos adversos.

Con la suma de cortes de las imágenes ecográficas se puede obtener una idea tridimensional del tamaño, la forma y la estructura de los órganos.

La ecografía se basa en la emisión y recepción de ultrasonidos, que son aquellas ondas de sonido cuya frecuencia es superior a la audible por el oído humano, es decir, por encima de los 20.000 Hertzios (Hz) (1,6). Las frecuencias utilizadas en la práctica clínica varían entre 2 y 10 Megahercios (MHz) (2-5). (Fig. 1 y 2)



Figura 1 y 2: Ecógrafos.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS ULTRASONIDOS

Los ultrasonidos como todos los sonidos ya sean audibles o no, son ondas de presión que se repiten a lo largo del tiempo y presentan una serie de características.

- ❖ **Período:** tiempo que tarda en completarse un ciclo.
- ❖ **Amplitud:** altura de la onda. Se trata de la medición de la intensidad o «volumen» del sonido.
- ❖ **Velocidad:** depende del medio que el sonido esté atravesando (aire:331 mis; tejidos blandos: 1540 mis).
- ❖ **Frecuencia:** número de períodos o ciclos por segundo. 1 ciclo/seg =1 Hertzio (1 Hz) 1 millón de ciclos/seg=1 millón de Hertzios (1 MHz)
- ❖ **Longitud de onda:** distancia que recorre la onda durante un ciclo o período.

3. EL EFECTO PIEZOELECTRICO

En 1880 Jacques y Pierre Curie descubrieron que al aplicar presión a un cristal de cuarzo se establecían cargas eléctricas en este, llamaron a este fenómeno efecto piezoeléctrico, mas tarde comprobaron que un campo eléctrico aplicado al cristal provocaba que este se deformara (efecto piezoeléctrico inverso).

Las aplicaciones de este fenómeno son muy diversas en la vida diaria, desde encendedores de cigarrillos, detectores ultrasónicos de submarinos, relojes con alarma, uso en nanoposicionamiento y como bases fundamentales del diagnóstico por ecografía.

Los materiales piezoeléctricos más utilizados en la actualidad son el Zirconato Titanato de Plomo y el Titanio de Bario.

Los US diagnósticos son generados en un dispositivo llamado transductor, el cual contiene uno o más cristales con propiedades piezoeléctricas. Al ser sometidos a una corriente eléctrica alterna, vibran y emiten ultrasonidos de una frecuencia característica. Al aplicar el transductor sobre una superficie, las ondas de sonido viajan a través de los tejidos. A medida que avanzan y parte de ellas serán reflejadas en forma de ecos.

Estos ecos son devueltos al transductor, donde interaccionan con los cristales, produciendo una señal eléctrica que será analizada y transformada en un punto de luz. Los US no reflejados seguirán avanzando a través de los tejidos para seguir mandando información de zonas más profundas. Los cristales piezoeléctricos actúan por tanto como emisores y receptores.

3.1. Tipos de transductores

- **Transductores lineales:** presentan cristales piezoeléctricos en línea que emiten haces paralelos de US, por lo que se obtiene una imagen rectangular. Como ventaja ofrecen una imagen amplia del campo cercano, pero la importante desventaja es que necesita una gran área de contacto.
- **Transductores convexos:** presentan cristales en línea pero curvada, siendo la superficie de contacto convexa, por lo que es mucho más sencilla de acoplar.
- **Transductor sectorial:** produce una imagen de formato radial.

- **Transductores intracavitarios:** utilizados para exploraciones intrarrectales o intravaginales. (Fig. 2)

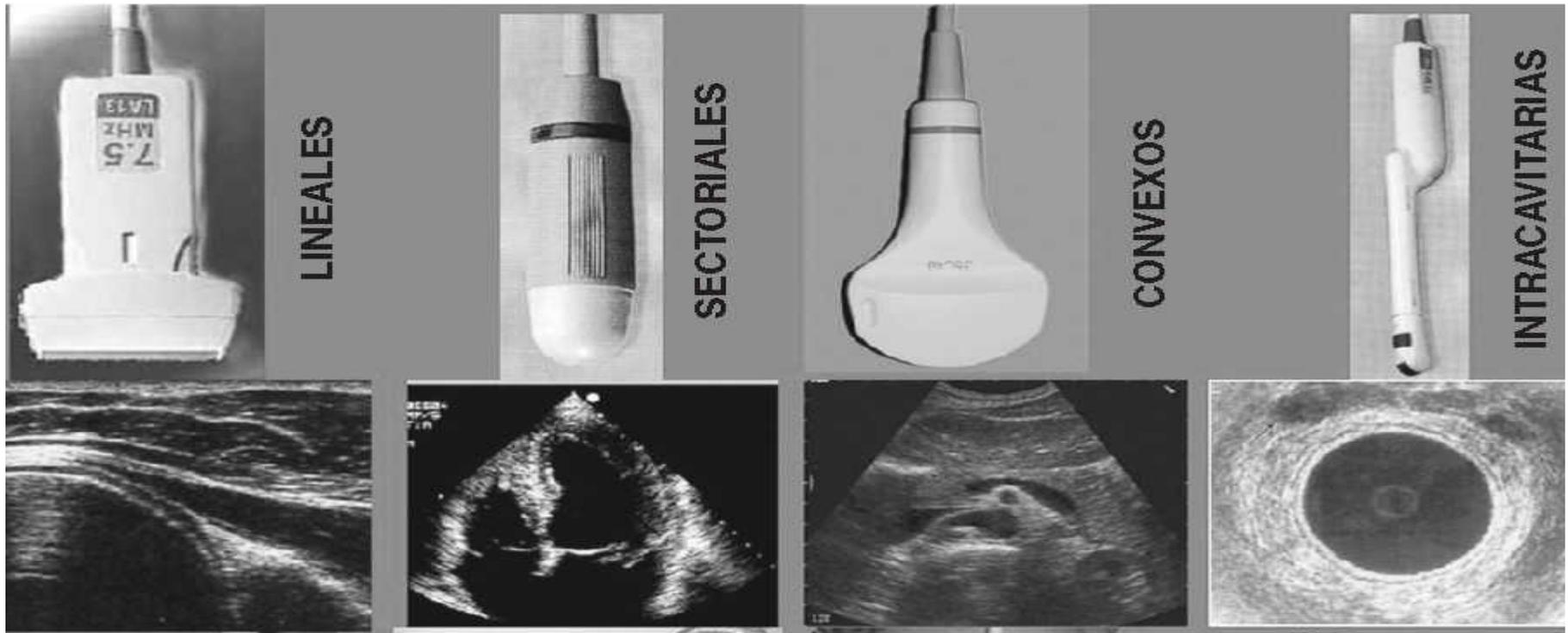


Figura 2: Tipos de transductores.

4.FACTORES DE CRECIMIENTO

Los factores de crecimiento son un conjunto de proteínas que están presentes en el plasma sanguíneo y en nuestras plaquetas que juegan un papel crucial en la regeneración de los tejidos. Los factores desencadenan efectos biológicos como la proliferación y diferenciación celular, la generación de vasos sanguíneos (conocida como angiogénesis) y la migración de las células a los lugares en los que es necesario que se produzca esa regeneración (quimiotaxis).

Gracias a ellos, se inician procesos para reducir la inflamación, iniciar la formación de tejido nuevo, la cicatrización, la reparación de tejidos, o la curación de ligamentos, músculos...etc.

Ante la evidencia de su eficacia en el tratamiento de las lesiones, principalmente en lo que se refiere a la reducción del tiempo de recuperación, las infiltraciones de Plasma Rico en Factores de Crecimiento se han ido extendiendo en muchos campos terapéuticos y en pacientes con patologías muy diversas.

La utilización **de la ecografía** como herramienta para la administración de los factores de crecimiento en el campo de la patología osteomuscular ha sido de gran importancia y ha supuesto un gran avance en el tratamiento de lesiones y en procesos de rehabilitación acortando los tiempos de esta.

4.1 Método de administración:

- ❖ El tratamiento se realiza bajo prescripción médica, en un ambiente estéril y sin anestesia, puede durar entre 25 y 30 minutos.
- ❖ Primero se extrae sangre al paciente entre 10 y 20ml con una jeringa especialmente diseñada para ello, después se procesa en una centrifugadora separando la porción del plasma rico en factores de crecimiento.
- ❖ Bajo control ecográfico se elige la zona de punción.
- ❖ Guiados siempre con imagen ecográfica se administran los factores de crecimiento en la zona deseada.
- ❖ El tratamiento suele constar de tres infiltraciones separadas en el tiempo por dos o tres semanas.

4.2. Método de actuación.

Las plaquetas se producen en la medula ósea y se transportan libremente en la sangre en un estado inactivo.

Cuando ocurre una lesión en el cuerpo, las plaquetas se activan y se transportan hasta el lugar de la lesión donde liberan proteínas, estas son los factores de crecimiento y provocan la proliferación de fibroblastos que aumentan la síntesis de colágeno y ayudan a la formación de nuevos vasos sanguíneos, lo que estimula el proceso de cicatrización.

4.3. Aplicaciones.

- ❖ Tratamiento del dolor y la función articular en la artrosis. Las terapias basadas en plasma rico en factores de crecimiento previenen la evolución de la artrosis y retrasan su desarrollo, además de mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes.
- ❖ Regeneración de tejidos en tratamientos e intervenciones del aparato locomotor (tendón, ligamento, músculo, hueso): en cirugía ortopédica y medicina deportiva se ha revelado como uno de los métodos más eficaces contra las lesiones tendinosas, ligamentosas, musculares, meniscales, así como para la recuperación de fracturas e intervenciones quirúrgicas.
- ❖ Tratamiento coadyuvante de lesiones osteoncondrales de cara a favorecer el proceso regenerador del fibrocartílago.

BIBLIOGRAFÍA

- Principios básicos de la ecografía CLINICA VETERINARIA DE PEQUEÑOS ANIMALES Volumen 12 Número 3 Julio/Septiembre 1992 Opto. Patología Animal II. Facultad de Veterinaria de Madrid. 28040 Madrid.
- Piezoelectric flexure elements, <http://www.sensortech.ca/flexure.html>, Sensor Technology Ltd Canada, 1999.
- Estudio del comportamiento de un material piezoeléctrico en un campo eléctrico alterno. Eduardo Misael Honoré, Pablo Daniel Mininni Laboratorio 4- Dpto. de Física -FCEyN- UBA- 1996.

- CARRASCO, J.; BONETE, D.; GOMAR, F. Plasma rico en plaquetas vs. Plasma rico en factores de crecimiento. Revista Española de Cirugía Osteoarticular, 2009, vol. 239, no 46, p. 127-140.
- Blanca, Raquel Fragua, and Alfonso Martínez-Nova. "Infiltraciones con plasma rico en plaquetas en la fascitis plantar, una revisión de la literatura." Revista Española de Podología 27.1 (2016): 27-32.

**TEMA 74. LA INFECCIÓN
HOSPITALARIA:
MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL
SERVICIO DE RADIOLOGÍA.**

**OLAYA NAVES MUÑIZ
MARTA PEDREGAL QUINTANAL**

ÍNDICE

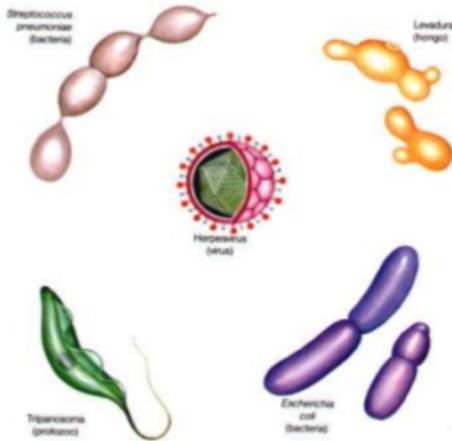
- INTRODUCCIÓN.
- MEDIDAS PREVENTIVAS.
- BIBLIOGRAFÍA.

INTRODUCCIÓN

- El hospital es un lugar de localización frecuente de gérmenes, debido esencialmente a la presencia de pacientes con enfermedades transmisibles. Existen numerosas circunstancias que originan que los microorganismos se establezcan en el hospital en condiciones distintas a las que lo harían en otros ambientes, destacando las siguientes:
 1. Las condiciones peculiares de los materiales y de las técnicas empleadas normalmente en la práctica sanitaria, ya que estos son tratados de forma continuada por medio de técnicas de desinfección, que provocan mayores resistencias a los microorganismos.
 2. Las que las condiciones arquitectónicas del recinto, entre las que cabe subrayar la de ser un lugar cerrado.

- En la actualidad, la integración de los microorganismos con las condiciones mencionadas ocasiona un problema sanitario de gran importancia: las infecciones hospitalarias o nosocomiales.
- Las enfermedades nosocomiales son el resultado lógico del riesgo característico del medio, que aún se complica más con la presencia del flujo de individuos en el hospital:
 - Personal sanitario.
 - Personal no sanitario.
 - Familiares de enfermos.
 - Pacientes con enfermedades transmisibles.
 - Pacientes con enfermedades no transmisibles.
 - Visitantes.
 - Otras personas.

- Estas personas actúan como eslabones de la cadena epidemiológica de la inserción de dos formas:
 - Como fuentes o reservorios: cuando los sujetos son los portadores de las infecciones cruzadas.
 - Como huéspedes susceptibles: cuando sufren la patología en su propio organismo.



Infección Nosocomial o Intrahospitalaria

- La infección hospitalaria surge con los orígenes del Ice de las instituciones hospitalarias, desde el momento en el que se comienza a dar las situaciones de agrupación de enfermos y las necesidades de cuidados en lugares más o menos cerrados.
- Al principio, las causas de estas infecciones eran desconocidas por los médicos y los sanitarios en general, incluso existía determinadas resistencias a admitirlas. Hasta el siglo XIX no se introdujeron medidas para romper o interrumpir la clase la cadena epidemiológica de estas infecciones, y se perfiló como primera barrera física frente estas en lavado de manos (Semmelweis), O medida aislacionista que dió muy buenos resultados en un grupo de pacientes parturientas, que ocasionó una reducción notable de la incidencia de séptimo puerperales.
- Posteriormente se incluyeron algunas barreras químicas, como fue la utilización de determinados antisépticos, que provinieron de los riesgos infecciosos quirúrgicos durante el preoperatorio y el posoperatorio.

- En el siglo XX se descubrieron los antibióticos. El hallazgo de la penicilina produjo un beneficio directo frente a las infecciones nosocomiales, pero con el tiempo también se iniciaron las resistencias bacterianas frente a estos, lo que en cierta medida limita su eficacia.
- Conforme se ha ido avanzando en el estudio de las infecciones nosocomiales, se observa que determinados enfermos hospitalizados son más susceptibles a padecerlas, sugiriendo el concepto de “enfermo comprometido”. Éste término se amplió para todos los pacientes en general, y fue usado de forma restrictiva en aquellas personas con determinadas inmunodeficiencias.
- En la actualidad, las patologías nosocomiales han experimentado grandes avances en su prevención mediante la aplicación de técnicas de barrera higiénica más eficaces, pero no por ello se evitan al 100%, considerándose casi como inevitables en el medio hospitalario.
- El objetivo que se pretende reducir las al máximo, manteniéndolas dentro de unos límites aceptables.

MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA

Vigilancia y control de las infecciones nosocomiales

- Dentro del hospital debe crearse una organización para el control de las infecciones nosocomiales, responsabilidad que recae en el consejo de administración. En términos generales, el comité de infecciones debe estar representado al menos por algún integrante de otras organizaciones del hospital, como las siguientes:
 - El Consejo de la administración o dirección.
 - El servicio de medicina preventiva y su sección de microbiología.
 - El departamento de cirugía.
 - Los departamentos médicos.
 - El servicio de pediatría.
 - El departamento de obstetricia y ginecología.
 - La unidad de cuidados intensivos.
 - La división de enfermería.
 - La farmacia del hospital.

- El servicio de medicina preventiva va a tener un papel esencial en el control y vigilancia de las infecciones hospitalarias. Las funciones para este servicio son las siguientes:
 - 1.Epidemiología hospitalaria.
 - 2.Higiene y saneamiento hospitalario.
 - 3.Medidas preventivas individuales.
 - 4.Microbiología ambiental.
 - 5.Educación sanitaria del personal.



Grados de eficacia de las medidas empleadas en el control de las infecciones nosocomiales.

- Se clasifican en cuatro grados, de mayor a menor validez en su empleo, son las siguientes:

GRADO I: es aquel que recoge las medidas que gozan de un grado de eficacia probada, entre las que hay que destacar:

- Esterilización.
- Vigilancia y cuidado de los equipos.
- El empleo adecuado de lavado de manos.
- Quimioprofilaxis prequirúrgica.
- Drenaje urinario cerrado.
- Control y vigilancia de los catéteres intravenosos.

GRADO II: indica que las de técnicas empleadas en el control nosocomial poseen 1° de eficacia bueno, parado por la experiencia desuso. Podemos distinguir las siguientes:

- Educación sanitaria al personal del hospital.
- Medidas de información sanitaria usuarios, dentro del hospital.
- Técnicas de aislamiento en general.

GRADO III: agrupa al conjunto de medidas que poseen 1° de eficacia dudosa o desconocida. Podemos nombrar las siguientes:

- Desinfección de suelos y paredes.
- Corrientes de aire de flujo laminar.
- Quimioprofilaxis preoperatoria en aquellas intervenciones no contaminadas o limpias.
- Radiación ultravioleta, mediante el uso de lámparas de vapor de mercurio, que es una técnica claramente esterilizante.
- Filtros de líquidos en los sistemas de perfusión intravenosos.
- Fumigaciones del ambiente hospitalario.

GRADO IV: Son todas aquellas medidas de higiene que no poseen ninguna eficacia en cuanto su aplicación, entre las que hay que destacar:

- El empleo de mascarilla, bata o calzas por los visitantes familiares de los pacientes ingresados en el hospital.
- No obstante, es bueno consignar que la UCI posee la eficacia deseada desde un punto de vista sanitario, que es la de evitar la entrada de tantas personas en esa zona crítica, es decir, la medida empleada para restringir el paso del mayor número de visitantes en esta sala hospitalaria.



- Sobre factores ecológicos:

- Es necesario el conocimiento de las tasas de infecciones en la unidad, estableciendo de forma conjunta con microbiología y medicina preventiva las tasas de infecciones por días de estancia, procedimientos, etc. para lo cual es importante la recogida de todos los datos.

- Identificación rápida de los brotes epidémicos por tipo de germen y por criterios estadísticos.

- Medidas frente a colonización patógena como la profilaxis ocular y profilaxis de la piel.

- Utilización correcta de antibioterapia.

- Sobre procedimientos invasivos:

- Medidas estrictas de asepsia en la colocación de catéteres y en la administración de medicación a través de ellos.
- Medidas de asepsia en otros procedimientos invasivos (punciones).
- Utilización de material de un solo uso.
- Limpieza primero y después desinfección en el servicio de radiología y medicina nuclear del material empleado en los procedimientos diversos para la realización de las pruebas.
- Puesta al día, de forma periódica, en la política antiséptica.

- Sobre fluidoterapia y tratamiento intravenoso:

- Medidas de asepsia en la manipulación de catéter.

- Vigilancia de signos de inflamación o infección en la entrada y/o trayecto del catéter central o/y periférico.

- Cambio periódico de la perfusión y de los sistemas de perfusión.

- Utilización de filtros en las perfusiones.

- Sobre los factores ambientales:

- Es necesario mantener un personal adecuado, bien preparado y el número suficiente, según las características de los pacientes.

- Lavado de manos es la medida más importante, las manos son el principal vehículo de transmisión de la infección.

- Medidas arquitectónicas adecuadas.

- Métodos de Barrera, el uso de mascarillas calzas y batas no se ha demostrado eficaz.

- Aire ambiental, renovación del aire ambiental a través de filtros.

- Limpieza del inmueble.

- Sobre los pacientes:

- Medidas generales de información a la persona que va a realizar el estudio radiológico, para reducir en lo posible el número de eventuales infecciones o complicaciones relacionadas con la exploración a realizar.

- Sobre la dosificación de la radiación:

- Los aspectos legales de la radio protección se hallan dispersos en la legislación española.

- En ocasiones se desarrollan de forma piramidal a partir de unas leyes básicas, otras se desarrollan a partir de directivas de la CEE o de otros organismos internacionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Libros: Atlas de parasitología humana 5º edición , panamerica. Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica 2º edición, panamericana.
- Artículos de revistas: sociedad española SEIMC.
- Página WEB: www.elsevier.es , www.elmedicointeractivo.es
- Bases de datos: realizamos una búsqueda sistemática en diferentes páginas web, libros de radiología y de medicina.

TEMA 75. ENFERMEDAD DE OSGOOD- SCHLATTER.

**MARTA GRAU SUAREZ VARELA
MARIA MERCEDES GOÑI AGUIRRE
FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA**

ÍNDICE

- DEFINICIÓN
- CAUSAS Y EPIDEMIOLOGIA
- FACTORES DE RIESGO
- CLINICA
- DIAGNÓSTICO
- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFIA

DEFINICIÓN

La enfermedad de Osgood- Schlatter es una osteocondrosis, que se produce por una avulsión parcial del núcleo de osificación de la tuberosidad tibial anterior a nivel de la zona de inserción distal del tendón rotuliano.

CAUSAS Y EPIDEMIOLOGIA

- Ocurre como consecuencia de microtraumatismos repetidos sobre la tuberosidad tibial anterior, que provocarían la avulsión parcial de la misma y su separación por la tracción que ejerce el ligamento rotuliano en la zona de inserción.
- Se produce en 1% de la población adolescente de entre de 10-15 años, siendo más frecuente entre varones (3:1) que practican actividades deportivas que realizan una extensión brusca de la rodilla, como baloncesto, fútbol, balonmano, etc,

FACTORES DE RIESGO

- Sexo masculino
- Edad : entre 10-18 años
- Crecimiento acelerado
- Actividades que producen extensión brusca de la rodilla como saltar, trotar y girar súbitamente.
- Sobrepeso y obesidad
- Mala condición física

CLÍNICA

- Se presenta típicamente con dolor localizado sobre la tuberosidad tibial anterior, que puede ir acompañado de edema o tumefacción.
- En la exploración no se objetiva derrame articular. La extensión de la rodilla produce dolor que aumenta contrarresistencia. Los arcos de movilidad están respetados.
- El dolor se agrava al correr, saltar o subir y bajar escaleras.
- El cuadro clínico puede ocurrir en una o ambas piernas.
- Los síntomas pueden reaparecer hasta el cierre completo de la fisis.

DIAGNÓSTICO

- Suele ser clínico, basándose en la clínica y exploración física.
- Se recomienda la realización pruebas complementarias como una radiografía anteroposterior y lateral de rodilla, para excluir otras patologías, especialmente cuando la presentación es atípica (dolor intenso y de inicio súbito, dolor en reposo, nocturno, afectación unilateral, etc.).

- Entre los **hallazgos radiológicos** encontramos:

- Partes blandas:

- Aumento o edema de los tejidos blandos
- engrosamiento del tendón rotuliano.
- Borrado de grasa infrarrotuliana

- A nivel óseo:

- Condensación
- fragmentación
- Reestructuración
- Imagen en gota de cera o lágrima (epífisis tibial superior).
- Ensanchamiento óseo
- Aparición de osículos independientes
- Osificación tibial irregular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- tendinitis calcificada
- Síndrome Sinding Larsen Johansson
- Rotura parcial del tendón infrapatelar
- Bursitis prepatelar
- Bursitis infrapatelar
- Artritis inflamatoria
- Neoplasias.

TRATAMIENTO

- El tratamiento inicial es conservador y sintomático.
 - En fase aguda se aconseja el uso tópico de frío y los analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos, para el control del dolor.
 - Se recomienda reposo de la articulación, evitando ejercicios bruscos y si es preciso el cese de la práctica deportiva. El uso de la bicicleta por terreno llano y la natación están permitidas.
 - Está recomendado realizar ejercicios de elongación del aparato extensor y aumentar la musculatura del cuadriceps mediante ejercicios isométricos.
 - En caso de sobrepeso, está indicado la pérdida del mismo.
- Excepcionalmente se va a requerir tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- M.P. Orgaz-Gallego a, M.J. Tricio Armerob. Enfermedad de OsgoodSchlatter: a propósito de dos casos. Semergen.2009;35(8):418-20.
- Pose L Georgette. LESIONES DEPORTIVAS OSTEOCARTILAGINOSAS EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE. Rev. chil. radiol. [Internet]. 2005 [citado 2019 Jun 17]; 11(2): 91-100. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082005000200008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082005000200008>

- García-Muñoz M., Rodríguez-Gutiérrez M.C. Enfermedad de Osgood-Schlatter: Tratamiento conservador. Acta Ortop Mex 2006; 20(1): 21-25 MG
- Carabaño Aguado I., Llorente Otones L.. Enfermedad de Osgood-Schlatter: deporte, adolescencia y dolor. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2011 Mar [citado 2019 Jun 17]; 13(49): 93-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322011000100009&lng=es

TEMA 76. ENTREVISTA MOTIVACIONAL.

**ALBA FERNÁNDEZ FALCES
PATRICIA CARRERA MARTÍN
MARIA RAMAJO HOLGADO
INMACULDA IÑIGO REMESAL**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **¿QUÉ ES LA MOTIVACIÓN?**
- **MODELO DE ESTADIOS DE CAMBIO. PROCHASKA Y DI CLEMENTE**
- **¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?**
- **ESTILO CONVERSACIONAL**
- **PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

INTRODUCCIÓN

- Como profesionales de la salud que somos durante mucho tiempo hemos intentado persuadir a nuestros pacientes para que adquieran hábitos de vida saludables. Aplicando cuidados preventivos y terapéuticos he intentado mejorar y reforzar su propio autocuidado.
- Sabemos lo que necesitan los pacientes, pero no tenemos tan claro cómo conseguir que lo lleven a cabo. Generalmente ofrecemos información, datos y damos por sentado que la persona actuará en consecuencia y mejorará sus cuidados. Esto implica tiempo y esfuerzo a informar, proponer, negociar, aconsejar y persuadir de la necesidad de esos cambios. En muchos casos este esfuerzo no siempre implica cambios, por lo que hace que aparezca en el profesional unos sentimientos de frustración e impotencia.

¿QUÉ ES LA MOTIVACIÓN?

- A menudo pensamos que el éxito de cada intento de cambio dependerá de la “**voluntad**” de una persona cuando, en realidad, aquella no es otra cosa que la “**motivación**”.
- Entendida como el proceso de activación, dirección y persistencia de la conducta. En cierta forma sería el motor de la actitud.
- La motivación es un estado interno de disposición o ansia para efectuar una conducta (p. ej., cambiar un hábito); la motivación puede fluctuar de una situación a otra, y puede ser modulada e influida por factores internos y externos.

- La motivación es el elemento necesario para poner en marcha el motor del cambio.
- Podemos sentir motivación:
 - Interna, necesaria para la homeostasis del organismo.
 - Externa, aceptación social, seguridad y/o protección, confianza, amor propio y autoimagen, independencia y responsabilidad

MODELO DE ESTADIOS DEL CAMBIO PROCHASKA Y DI CLEMENTE

Fases por las que pasamos las personas cuando queremos realizar un cambio:

- **Precontemplación:** No se es consciente de que hay que cambiar la conducta. Rechaza el cambio.
- **Contemplación:** Uno sabe que hay un problema, pero no hay compromiso de cambiar.
- **Preparación:** Intención de pasar a la acción para realizar un cambio.
- **Acción:** Modificación de la conducta.
- **Mantenimiento:** Cambio sostenido. Nuevos comportamientos.
- **Recaída:** Volver a recaer en hábitos o comportamientos anteriores.

¿QUÉ ES LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

- La EM consiste en un conjunto de técnicas orientadas a facilitar la adquisición y mantenimiento de determinadas conductas mediante una entrevista semiestructurada, centrada en el paciente, que la ayuda a explorar y resolver las posibles ambivalencias y resistencias al cambio.
- La entrevista motivacional se integra en un marco teórico muy bien estructurado, conciso y claro, que fue desarrollado por William R. Miller y Stephen Rollnick, basándose en la teoría transteórica de Prochaska y DiClemente. Los autores han realizado un gran esfuerzo en la difusión de la misma. Desde que en 1991 Miller y Rollnick publicaron su libro *Motivational Interviewing*, se han sucedido sin interrupción numerosos seminarios de formación, tanto en Europa como en América

ESTILOS CONVERSACIONAL

- MOTIVACIONAL:

- Se escucha: con el objetivo de entender su dilema respecto a la conducta.
- Se pregunta: que sabe/siente y tras informarle/aconsejarle se le pregunta como encajaría el cambio propuesto en su vida.
- Se le pregunta: ¿qué beneficios cree que conseguiría si adoptase esa conducta?
- Se le pregunta. ¿Qué es lo que ya hace que le ayudaría a adoptar esa conducta?

PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

- Nuestra actividad consiste en beneficiar a las personas que atendemos.
- El cambio es fundamentalmente auto cambio: nuestra ayuda facilita su proceso natural.
- Los pacientes son expertos en sí mismos.
- No tenemos que hacer que se produzca el cambio.
- No tenemos por qué aportar nuestras buenas ideas, lo más probable es que no tengamos las mejores.
- La gente tiene sus propias fortalezas, motivaciones y recursos, vamos a activarlas.

- El cambio requiere buena relación y colaboración.
- Es importante entender la perspectiva de la situación que tiene la persona, que necesita y como conseguirlo.
- El cambio no es una lucha de poder por la cual si el cambio se produce “hemos ganado”.
- La motivación para el cambio no se “trasfunde”, se evoca.
- No podemos invalidar la elección de las personas acerca de su comportamiento. Las personas toman sus propias decisiones sobre lo que quieren o no quieren.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodriguez Sáenz J, Álvarez-Ude Coterá F. Entrevista motivacional (parte 1). FMC. 2014; 21(3):9-24.
- W.R. Miller, S. Rollnick. **Motivational interviewing: Helping people change** Guilford Press, New York (2012)
- Grupo Español de Trabajo en Entrevista Motivacional. Disponible en: <http://www.getem.org/index.html>

TEMA 77. SÍNDROME DEL LATIGAZO CERVICAL, DETERMINANTES EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE QUE PUEDEN INFLUIR EN LA LESIÓN.

ANAÏS NAVARRO ALONSO

ÍNDICE

- **CONCEPTO LATIGAZO CERVICAL**
- **MECANISMO LESIONAL EN LA COLISIÓN**
- **MECANISMO LESIONAL EN LA COLUMNA CERVICAL**
- **DETERMINANTES EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE**
- **PRONÓSTICO**
- **BIBLIOGRAFÍA**

CONCEPTO DE LATIGAZO CERVICAL

El latigazo cervical es el resultado de un mecanismo de hiperflexión seguido de hiperextensión que experimenta la columna cervical como reacción a la aceleración y desaceleración que puede sufrir nuestro cuerpo en algunas ocasiones. Una de las más frecuentes, se origina tras accidentes de tráfico, sobre todo si en estos hay un choque lateral o trasero del vehículo. Aunque también puede producirse en zarandeos bruscos, caídas, etc.

En estas ocasiones, la inercia del choque hace que la cabeza y el cuello de la víctima queden en un estado estacionario mientras que el cuerpo sigue la dirección del impacto. Es decir, el cuerpo de los afectados hace un movimiento parecido al de un látigo.

Considerando la columna vertebral como un continuo, se puede entender que las consecuencias del mecanismo no serán las de un simple esguince cervical; sino que aparecerá una reacción a lo largo de toda la columna vertebral.

Al ser la columna una estructura encargada de proteger el sistema nervioso y de sostener nuestro cuerpo, la lesión en la zona podrá suponer problemas nerviosos, vasculares, discales y/o musculares. Todos ellos se deberán tener en cuenta a la hora de planificar el tratamiento de los afectados.

Así, podemos interpretar el término latigazo cervical como un mecanismo que lesiona la columna tras ciertos accidentes, o bien utilizarlo para nombrar al síndrome que recoge las variadas manifestaciones derivadas de esta sacudida brusca.

MECANISMO LESIONAL EN LA COLISIÓN

En un impacto automovilístico se suelen distinguir tres tipos de choque:

• **Choque del vehículo contra cualquier otra estructura fija o móvil:**

- Choque anterior: poco frecuente.
- Choque lateral: segundo choque más grave.
- Choque posterior: el más grave ocurre en el 25% de los casos.

• **Choque del ocupante contra las paredes del vehículo.**

• **Choque de las estructuras internas de los individuos entre sí.**

MECANISMO LESIONAL EN LA COLUMNA CERVICAL

El mecanismo de lesión ocurre de la siguiente manera:

- El respaldo del asiento empuja hacia delante el tronco del ocupante, pero la cabeza permanece en la misma posición.
- Después se produce un movimiento brusco en dirección opuesta de la cabeza y el cuello (hiperextensión) consecuencia de la inercia que casi siempre da lesiones.
- Una vez alcanzada la máxima extensión del cuello, se produce una hiperflexión aún más brusca (como fenómeno de rebote) con un posterior retroceso a la extensión.

En general, la columna cervical puede lesionarse por múltiples mecanismos pero los que más comúnmente causan el latigazo son:

• **Hiperextensión disrupción:** en los impactos traseros en los que el apoyacabezas no está a la altura adecuada, se produce una aplicación en la parte posterior del tronco del individuo en dirección caudal-craneal. Esto produce una hiperextensión de la columna cervical y de la cabeza. En el caso de un traumatismo violento, se puede romper el ligamento vertebral común anterior o la parte anterior del disco intervertebral.

Una rotura completa del disco, podría dar el desplazamiento del segmento vertebral superior pudiendo lesionar la médula.

- **Flexión compresión**: se produce debido a que el tronco queda fijado (por el cinturón de seguridad) y la cabeza va hacia delante en flexión. Esto suele ocurrir cuando, tras el choque, nuestro cuerpo se ve sometido a desaceleraciones bruscas.

Una gran flexión produce el acúñamiento y compresión del cuerpo vertebral por su parte anterior. Si se añaden rotaciones, podría dar lugar a la fractura vertebral (parte anteroinferior del cuerpo o lámina) o una rotura del disco intervertebral. Si solo queda afectado el cuerpo vertebral sería una lesión estable.

- **Componente rotacional de la columna:** siempre supone un agravante para cualquier lesión. No suele darse de forma aislada. Cuando la rotación ocurre, puede dar fracturas articulares y pediculares en las que puede haber o no luxación articular.

DETERMINANTES EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE

- **Características antropométricas de los ocupantes:** el riesgo es mayor cuanto más alto sea el individuo, mayor edad tenga y menor sea su masa muscular. En cuanto a la distribución por sexos, las mujeres se ven más afectadas que los hombres.
- **Posición del ocupante:** el riesgo es más alto en los pasajeros que viajan en asientos delanteros. Estudios realizados indican que es más frecuente la afectación del conductor que la del copiloto (por la tendencia del primero a posicionarse en mayor flexión anterior y a desplazar el asiento más hacia atrás).

- **La posición del apoyacabezas y el tipo de asiento:** un reposacabezas demasiado bajo aumentará la hiperextensión cervical. Se ha calculado que a una distancia de 4-5 pulgadas (1 pulgada= 2.54 cm), se podrían reducir al mínimo los daños causados.
- **Cinturón de seguridad:** fija el torso del viajero acentuando el latigazo cervical. Pese a esto, es una medida de seguridad indispensable par evitar daños mucho más graves en los ocupantes.
- **Posición de cabeza y cuerpo:** el dolor crónico suele aparecer con más frecuencia en los casos en los que el impacto ocurre con la cabeza en rotación o inclinación, ya que en estos casos, además de lo expuesto, la musculatura cervical está en menor tensión.

- **El estado de preparación del sujeto cuando recibe el impacto:** los ocupantes que no se esperan el impacto suelen sufrir lesiones más severas que los que advierten el accidente.
- **Vector dirección en el que el coche fue golpeado:** normalmente, como ya se ha comentado, son los impactos traseros los que más frecuentemente producen lesiones. El nivel más afectado a nivel vertebral suele ser C5-C6.

PRONÓSTICO

La frecuencia de este síndrome tras un accidente de tráfico varía entre países y regiones, aunque la mayoría de estas ocurren en la ciudad y a una velocidad de entre 10 y 25 km/h. Como se puede ver, la velocidad del vehículo no es muy relevante a la hora de analizar los daños en los ocupantes, aunque sí pueda serlo para producir daños en el vehículo. En conclusión: un vehículo intacto no implica necesariamente que los ocupantes no sufran daños.

Estudios reflejan que la mayoría de los afectados se recuperan en unas semanas y pueden volver a sus actividades cotidianas y reincorporarse al trabajo.

Sin embargo, en otros el dolor y la incapacidad duran de media más de seis meses.

Según estudios forenses publicados, más de la mitad de los pacientes presentan secuelas en el momento del alta forense. Los síntomas descritos son muy variados siendo en un 50% de los casos cervicalgia sin irradiación braquial.

También se registró una baja incidencia de secuelas psiquiátricas y una alta incidencia relativa de hernia o protusión discal postraumática (3,4%).

Dentro de los factores de mal pronóstico también se encuentran: el sexo femenino, que los afectados sean mayores de 40 años y el uso de las extremidades superiores en la actividad laboral. También se ha descrito que las cefaleas y/o cervicalgias pretraumáticas retrasarían la recuperación.

También está registrado que a mayor gravedad de la lesión, mayor tiempo de recuperación.

Pese a que existe la creencia de que la gravedad del síndrome del latigazo cervical se debe en parte a que muchos pacientes pretenden reclamar indemnizaciones; no está comprobado que los síntomas desaparezcan en el momento de recibir compensaciones económicas. Así mismo, están registrados gran cantidad de casos de dolor e incapacidad años después del accidente. De esta manera, y aunque siga siendo un tema controvertido y exista una infravaloración de las secuelas originadas, no se ha demostrado que de no mediar compensaciones económicas desaparecería el síndrome del latigazo cervical.

BIBLIOGRAFÍA

- Jouvencel M R. Latigazo cervical y colisiones de baja velocidad. Ediciones Díaz de Santos. Madrid,2003.
- Leonard Huddleston O. Whiplash injuries. Diagnosis and Treatment. Calif Med. 1958 November;89(5): 318–321.
- Chiropracticfirst.us [citado en octubre de 2007]. Disponible en: <http://www.chiropracticfirst.us/Pages/Articles/whiplash.html>
- doyma.es[Citado en octubre de 2007] Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pident=13038274.

- Swartz E E, Floyd R T, Cendoma M. Cervical Spine Functional Anatomy and the Biomechanics of Injury Due to Compressive Loading. *Journal of Athletic Training* 2005; 40(3):155–161.
- Villarroya Llorach H. Revisión bibliográfica sobre la epidemiología y evolución del síndrome de latigazo cervical. *Rev Fisioter (Guadalupe)* 2010; 9 (1): 21-36.
- Padrón FJ. Cervical whiplash. General features and medicolegal aspects. *Rev Soc Esp Dolor* 1998; 5: 214-223.
- Garamendi P.M., Landa M.I. Aproximación al análisis de los parámetros de valoración médico forense en relación con el síndrome de latigazo cervical en Vizcaya. Estudio retrospectivo de los años 1995, 1997, 1999, 2001 y 2002. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2003; 32: 19-34.

TEMA 78. CAPTACIÓN ACTIVA EN DONANTES DE ÓRGANOS.

MANUEL CUENCA SAURA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
OBJETIVOS.....	5
METODOLOGÍA.....	6
RESULTADOS.....	8
CONCLUSIONES.....	9
BIBLIOGRAFÍA.....	10

INTRODUCCIÓN

Existen evidencias de que la enfermería especializada solventa las dudas que surgen a los donantes sobre un proceso desconocido, evitando así que se retracten en su decisión de donar médula ósea en el momento de la realización del test de HLA por compatibilidad con un receptor.

También se ha demostrado que teniendo profesionales sanitarios de enfermería especializados y experimentados en el examen de médula ósea se reduce el uso de sedantes por el buen manejo de la ansiedad por parte del paciente con la ayuda de los profesionales, por lo tanto incrementará el ahorro económico en materia de sanidad.

Por lo expuesto anteriormente vemos la necesidad de poner en marcha este proyecto de educación para la salud debido

a la trascendencia de este tipo de trasplantes, mediante una formación especializada para los enfermeros ya que son las primeras personas que toman contacto con donantes potenciales de médula ósea y por tanto pueden ejercer un papel activo como agentes difusores y captadores.

Nosotros nos vamos a centrar en la fase de orientación, ya que en esta fase el individuo tiene una necesidad y busca ayuda profesional.

En este caso, la necesidad del individuo, donante potencial, es hacerse donante y lo que busca en la enfermera de atención primaria es que le proporcione la información necesaria para realizar el procedimiento de manera satisfactoria

OBJETIVOS

El principal objetivo de este estudio será:

- Conseguir que, a través de un programa de formación específico, los enfermeros de Atención Primaria (AP) aumenten sus conocimientos acerca de la donación de órganos, de tal manera que participen de forma activa en la difusión y captación de los posibles donantes.

Los enfermeros, al final del programa, deberán ser capaces de:

- 1) Definir el proceso de donación, a través de un cuestionario ad hoc.
- 2) Demostrar sus conocimientos, en la elección del posible donante, teniendo en cuenta todas las variables.
- 3) Manifestar una actitud proactiva en la captación de donantes.

METODOLOGÍA

4.1 Características de los participantes:

El proyecto va dirigido a los profesionales de Enfermería de Atención Primaria del Área de Salud II Cartagena de la Región de Murcia.

La forma de captación de los profesionales se llevará a cabo mediante pósteres informativos en los centros de salud del área II principalmente, aunque también mantendríamos una reunión con el gerente de dicha área para que lo comunique a los profesionales de Enfermería de los que se encuentra a cargo.

4.2 Actividades previas al programa de educación:

- Contactar con el gerente del área de salud II para informarle del proyecto que se va a llevar a cabo.
- Contactar con la fundación Josep Carreras y con el

Centro de Hemodonación de Cartagena para seleccionar a un profesional de cada centro.

- Desplazarnos a los centros de salud del área II para entregar los pósteres informativos.

4.3 Profesorado:

Los encargados de impartir las sesiones formativas somos los 4 enfermeros que ponemos en marcha el proyecto, con la ayuda de un profesional de la fundación Josep Carreras y un profesional del Centro de Hemodonación de Cartagena.

4.4 Módulos temáticos:

- El proceso de donación de médula ósea
- Captación e información de donantes potenciales de médula ósea.
- Procedimiento a seguir con el donante potencial.
- Reducción del sufrimiento del paciente. (Buena praxis)

RESULTADOS

Los conocimientos sobre donación de órganos que los profesionales de enfermería tienen a nivel de atención primaria están obsoletos y deficitarios, debido a la gran carga de trabajo que sostienen en varias áreas de docencia y prestación de cuidados.

Sería conveniente realizar cursos informativos y de reciclaje sobre la información que se les debe dar a los propios donantes y en su defecto, a sus familiares.

El proceso de donación de órganos debería estar protocolizado desde atención primaria, con cuestionarios y formularios adecuados a una primera fase de captación. Luego el seguimiento se ejecutaría en unidades especiales o a través de profesionales cualificados.

CONCLUSIONES

La sociedad actual en continuo crecimiento demográfico, necesita programas interventivos y activos, con profesionales motivados, que agilicen cuestiones tan delicadas e importantes como son la donación de órganos tanto en la propia persona o a través de sus familiares.

Para ello se necesita desarrollar programas dirigidos a estas situaciones que motiven y conciencien a la población de la importancia de las donaciones. También se deben encontrar herramientas actuales, baratas y de fácil manejo para que los profesionales lleven a cabo esta tarea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diez Esteban ME, De Juan García N. Cuidados de enfermería en el paciente sometido a trasplante de médula. Enfermería Global [Revista on-line] 2006 [Consultado 28 noviembre 2016]; 5(2). Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/373>.
2. Organización Nacional de Trasplantes. Donación de Médula Ósea. Madrid: ONT; 2016. Datos – Médula ósea.
3. Guzmán Sánchez V, Sánchez Jiménez E, Ramos Gutiérrez ME. Donación de médula ósea mediante aféresis de células madre hematopoyéticas. Evidentia [Revista on-line] 2014 [Consultado 1 diciembre 2016]; 11(47-48) de julio-diciembre. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n47-48/ev9555.php>.

**TEMA 79. CASO DE ALTA
VOLUNTARIA: AUTONOMÍA DEL
PACIENTE.**

LUCÍA PELAEZ MARTÍNEZ

ÍNDICE

- BREVE DESCRIPCION DEL CASO
- EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- JUICIO CLÍNICO
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- PLAN DE CUIDADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

BREVE DESCRIPCION DEL CASO

Persona de edad avanzada en urgencias con disnea debido a dolor al respirar. Jubilado, ex minero y exfumador. Niega hábitos tóxicos excepto ingesta de alcohol ocasionalmente. Enfermedades previas, HTA, diabetes tipo 2, cervicodartrosis, hernia de hiato, trombosis venosa hace más de 10 años. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía, hernia inguinal.

EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Pruebas analíticas y pruebas de imagen (RX y TAC).

JUICIO CLÍNICO

El diagnóstico es tromboembolismo pulmonar. Las manifestaciones clínicas, síntomas presentados y datos obtenidos de las pruebas realizadas son los más frecuentes y significativos de esta patología (disnea, dolor torácico, mareo o devanecimiento).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Junto con los síntomas anteriores, puede aparecer fiebre y tos con sangre cuando se trata de un infarto pulmonar. Cuando el trombo es muy grande y obstruye la arteria pulmonar principal puede provocar incluso la muerte.

PLAN DE CUIDADOS

Se ordena ingreso a cargo de Neumología, tras el cual el paciente expresa deseos del Alta Voluntaria. Tras haberle sido facilitada el alta voluntaria, realizando previamente una valoración psicológica (persona abordable, consciente, colaborador, conversación fluida y razonable en la que verbaliza “no quiero morir fuera de mi casa”), comprende los riesgos que desencadena realizar el tratamiento en su domicilio. El paciente deberá tomar anticoagulantes por vía oral de por vida, ya que presenta un alto riesgo de desarrollar otro TEP.

CONCLUSIONES

Según la ley el paciente tiene el derecho al rechazo del tratamiento, debe firmar un documento de alta voluntaria, siendo recomendable que se haga constar en la historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Boletín Oficial del Estado. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. BOE de 20-X-1999, corregido según BOE de 11/11/1999.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. BOE de 15/11/2002.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE de 29/4/1986.
- Delgado Marroquin MT, Simón Lorda P, Sanz Pozo B. La ley de autonomía del paciente. Aten Primaria 2003; 32 (5): 265-7.

TEMA 80. ANCIANO FRÁGIL EN EL MUNDO RURAL

**SABELA PARDO DÍAZ.
LEYRE REMÍREZ SIMÓN.**

ÍNDICE

- RESUMEN (3)
- ABSTRACT (4)
- CASO SOCIAL (5)
- DISCUSIÓN (9)
- BIBLIOGRAFÍA (17)

RESUMEN:

El anciano frágil es aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar. Esto condiciona no sólo a la persona sino a su entorno.

El deterioro depende de factores como son el estado de salud general, factores hereditarios, nivel de actividad física, nivel educativo y/o cultural y factores económicos, sociales y familiares. La vulnerabilidad del anciano es mayor si se encuentra en un medio rural, dónde los recursos son más limitados.

Palabras clave: anciano frágil, envejecimiento, geriatría, mundo rural

ABSTRACT:

The frail elderly is one who has a decrease in physiological reserves and a greater risk of declining. This conditions not only the person but the environment. The deterioration depends on factors such as the state of general health, hereditary factors, level of physical activity, educational and / or cultural level and economic, social and family factors. The vulnerability of the elderly is greater if it is in a rural environment, where resources are more limited.

Keywords: fragile elderly, aging, geriatrics, rural world

CASO SOCIAL

- Paciente de 95 años que vive sólo en su domicilio, sin hijos y con la única red familiar de dos sobrinas que viven a 100km de distancia. Vivienda precaria con mínimas condiciones de habitabilidad. Se trata de una casa vieja, fría y mal conservada, con instalación eléctrica deficiente, vigas de madera, mal aislamiento térmico y acústico, inexistente sistema de calefacción (cocina de leña en la cocina como único método de emisión de calor). En el baño de la vivienda solamente hay inodoro , teniendo que asearse en la fregadera de la cocina. Organiza y prepara por él mismo las comidas, al igual que realiza todas las compras necesarias independientemente.

Camina sin apoyo de un bastón y sale a pasear todos los días 2 km.

No hay historia de caídas previas.

Salva escaleras con dificultad.

No presenta incontinencia urinaria.

Mantuvo un ingreso hospitalario en el último año.

Mantiene una ayuda domiciliaria de 2 horas al día de lunes a viernes por parte del Servicio Social del pueblo donde reside.

Durante el invierno pasado, tomó la decisión de ingresar en una institución especializada para personas mayores 3 meses, adaptándose de manera favorable al cambio.

Escalas:

- Escala de Barthel-90 puntos . Autónomo para las ABVD (Actividades básicas vida diaria)
- Escala de Lawton . 2 puntos. Control de medicación y teléfono
- Escala de Tinetti: No trastorno de la marcha ni del equilibrio
- Escala de Norton: 13 puntos. No riesgo de úlcera por presión
- Escala Minimental: 23 puntos. No deterioro cognitivo
- Escala de Yasevage: 15 puntos. No depresión
- Buena adherencia al tratamiento con responsabilidad sobre su dosis y hora adecuada

Capaz de encargarse de sus asuntos económicos por él mismo.

Por otro lado, es incapaz de llevar a cabo un cuidado de la casa adecuado y se aprecia en él un progresivo abandono de sus cuidados higiénico – dietéticos y notable aislamiento social.

DISCUSIÓN

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida pero no todo el mundo pasa por este proceso de la misma forma. Se trata de un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente.

Existe considerable confusión sobre qué y quién es un anciano frágil y como consecuencia, los criterios diagnósticos son variados.

Es un término difícil de definir, principalmente por tener diferentes conceptualizaciones en su fisiopatología y por no existir un límite preciso biológico, físico-funcional, o clínico entre los estados de buena salud, fragilidad y discapacidad-dependencia y según el ámbito asistencial que se considere.

Para acuñar el término de “anciano frágil” se designa a personas con una mayor vulnerabilidad para tener eventos o un curso adverso en su salud y estado general, en base a una serie de factores o indicadores de riesgo; destacando como los más consensuados los siguientes:

- Edad avanzada (en general, si es mayor de 80 años)
- Hospitalización reciente
- Caídas de repetición, alteración de la movilidad y equilibrio
- Comorbilidad osteomuscular, cardiológica o mental. Fundamentalmente si tiene enfermedad osteoarticular (artrosis, fractura de cadera, dolor osteomuscular, etc.), sensorial (trastorno de la visión y audición), cardiovascular (ictus, cardiopatía, insuficiencia cardíaca), y mental (deterioro cognitivo, depresión, psicopatología).

- Deficiente soporte o condicionantes sociales adversos (pobreza, soledad, incomunicación, viudedad reciente);
- Polifarmacia (5 ó más fármacos de manera habitual) o determinados tipos de medicamentos, especialmente aquellos con efecto sobre el SNC: neurolépticos, antidepresivos, ansiolíticos y analgésicos opiáceos;
- Deficiente estado nutricional.

Otros indicadores de fragilidad lo componen la conjunción de cuestionarios de AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria) con otras variables predictivas (como la edad avanzada, la autopercepción de salud, el estado afectivo y cognitivo), medidas de observación directa de la función física o el empleo de una Valoración Geriátrica Integral (VGI) modificada o adaptada como herramienta propiamente de valoración y categorización del grado de fragilidad.

La valoración geriátrica integral (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva es «un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario», diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar una estrategia multidisciplinar de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y lograr el mayor grado de independencia y, en definitiva, calidad de vida.

La VGI incluye cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional.

La valoración clínica es la más complicada de cuantificar por la peculiar forma de enfermar del anciano con presentaciones atípicas e inespecíficas de la enfermedad

La forma más utilizada para reconocer la fragilidad ha sido mediante la detección de la dependencia funcional, utilizando escalas de actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

La Atención Primaria de Salud juega un papel primordial siendo el primer nivel de acceso al sistema sanitario, el más cercano al ciudadano y responsable del seguimiento de la evolución de los problemas de salud de cada paciente en su entorno.

La prevención de la fragilidad en el anciano mayor debe ir encaminada a mantener la capacidad de reserva , fomentando la actividad física (el ejercicio mejora la capacidad musculoesquelética y aeróbica del individuo y hay una alta incidencia de sedentarismo entre los ancianos); rehabilitación en aquellos ancianos frágiles; práctica de dietas completas y equilibradas que mejoren el estado nutricional del anciano; tratamiento eficaz de los problemas sensoriales (visuales y auditivos); diagnóstico y tratamiento precoz del deterioro cognitivo; de otras intervenciones para la prevención de enfermedades como pueden ser las campañas de vacunación, el control de los factores de riesgo vascular o la eliminación de hábitos tóxicos.

Aspectos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un anciano. En función de ellos podremos ubicar al paciente en el nivel asistencial adecuado y tramitar los recursos sociales que va a precisar.

En el anciano frágil se debe priorizar su independencia funcional, mejorar su calidad de vida, disminuir la mortalidad y aumentar la esperanza de vida proporcionando una atención individualizada, más todavía si es en el medio rural y no dispone de apoyos familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Abizanda P, Gómez-Pavón J, Martín-Lesende I, Baztán JJ. Detección y prevención de la fragilidad: una nueva perspectiva de prevención de la dependencia en las personas mayores. *Med Clin (Barc)* 2010; 135 (15): 713-9.
- 2- Carlos AM, Martínez F, Molina JM, Villegas R, Aguilar J, García J, y col. Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Sevilla 2009
- 3- D. Saliba, M. Elliott, L.Z. Rubenstein, D.H. Solomon, R.T. Young, C.J. Kamberg, *et al.* The vulnerable elders survey: A tool for identifying vulnerable older people in the community. *JAGS*, 49 (2001), pp. 1691-1699

- 4- J.J. Baztán, C. Valero, P. Regalado, E. Carrillo. Evaluación de la fragilidad en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol, 32 (1997), pp. 26-34
- 5- L.C. Min, M.N. Elliott, N.S. Wenger, D. Saliba. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. JAGS, 54 (2006), pp. 507-511
- 6- D.M. Jones, S. Xiaowei, R. Kenneth. Operationalizing a frailty index from a standardized comprehensive geriatric assessment. JAGS, 52 (2004), pp. 1929-1933

- 7- OMS. Cambios en órganos, tejidos y células por el envejecimiento. Información general. 55 a Asamblea Mundial de la Salud; 29 de abril de 2002.
- 8- Gómez Rinessi JF, Saiach S, Lecuna N. Envejecimiento. Revista de postgrado de la cátedra vía medicina. 2000;100:21-3.

TEMA 81. CLASIFICACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS.

JENNIFER GARCÍA LÓPEZ

NOELIA CARBAJAL GARCÍA

ANA ISABEL MENÉNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA DE LA PAZ GONZÁLEZ GRANDA

ÍNDICE

- LEGISLACIÓN VIGENTE.
- DEFINICIONES.
- CLASIFICACIÓN.
- CONCLUSIÓN.
- BIBLIOGRAFÍA.

LEGISLACIÓN VIGENTE

- Ley 22/2011, de 28 de julio “de residuos y suelos contaminados”.
- 2000/532/CE de la Comisión, de 3 de mayo de 2000. (clasificación de residuos peligrosos y no peligrosos).
- NTP 372 tratamiento de residuos sanitarios.
- Lista europea de residuos (LER).
- Ley 54/1997 de “residuos del sector eléctrico”.

DEFINICIONES

Residuos sanitarios: Aquellos generados en las actividades sanitarias.

Gestión de residuo: La gestión de residuos engloba todas aquellas actividades relacionadas con el ciclo de vida de los residuos, e incluye la recogida, el transporte y el tratamiento de los mismos.

Residuo radioactivo: Cualquier material de desecho que contiene o está contaminado con radionucleidos y emite radiación.

Medicamento citotóxico: Son fármacos que se utilizan específicamente para causar un daño celular, que no es selectivo para las células tumorales, sino que afecta a todas las células del organismo, resultando efectos tóxicos adversos.

Medicamento citostático: son los fármacos anticancerosos que se utilizan para el tratamiento del cáncer, se fundamenta en las diferencias metabólicas existentes entre las células normales y las cancerosas, así como en la velocidad de reproducción.

CLASIFICACIÓN

- Los residuos sanitarios se suelen clasificar de la siguiente manera:
 - No peligrosos:
 - Grupo I: “Residuos generales asimilables a domésticos”
 - Grupo II: “Residuos sanitarios asimilables a domésticos”.

- Peligrosos:

- Grupo III: “residuos peligrosos sanitarios”.
- Grupo III A: Residuos Biológicos.
- Grupo III B: Residuos medicamentosos citotóxicos y citostáticos.
- Grupo III C: Residuos Químicos.
- Grupo IV: “residuos peligrosos no sanitarios”.

Grupo I: “Residuos generales asimilables a domésticos”:

Son los que no plantean exigencias especiales en su gestión y se generan fuera de la actividad sanitaria.

Incluyen:

- * cartón, papel, material de oficinas...
- * residuos alimenticios de cocinas, bares y comedores.
- * residuos procedentes de actividades de limpieza y mantenimiento.
- * vidrios, maderas...
- * ropa y tejidos.

Grupo II: “Residuos sanitarios asimilables a domésticos”:

Residuos generados con la actividad sanitaria y/o de investigación que no requieren tratamientos especiales para su gestión.

Incluyen: yesos, bolsas y botes de orina vacíos, gasas, pañales, objetos cortantes y punzantes sin contacto previo con pacientes, sangre y hemoderivados en forma líquida cantidades inferiores a 100ml, medicamentos caducados o en mal estado (salvo los citotóxicos y los citostáticos).

Grupo III: “Residuos peligrosos sanitarios”

Residuos producidos como consecuencia de la actividad sanitario y/o de investigación que pueden ocasionar un riesgo para el medio ambiente y/o la salud de los sanitarios expuestos a ellos y la salud pública.

Incluye:

❖ Grupo III A biológicos:

- ✓ Infecciosos.
- ✓ material cortante y punzante.
- ✓ cultivos y reservas de agentes infecciosos.
- ✓ vacunas vivas y atenuadas.
- ✓ fluidos corporales, sangre y hemoderivados.

❖ Grupo III B: “ Residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos”

Se consideran residuos citotóxicos o citostáticos aquellos compuestos por restos de dichos medicamentos, soluciones preparadas y no administradas, medicamentos caducados y todo material en contacto con citostáticos utilizados para su preparación y administración.

❖ Grupo III C: residuos químicos:

✓ residuos contaminados con productos químicos ya sean sólidos, líquidos o gases.

Pueden ser:

✓ disolventes halogenados y sus mezclas.

✓ disolventes no halogenados.

✓ disoluciones acuosas.

✓ ácidos.

✓ mercurio.

Grupo IV: “Residuos peligroso no sanitarios”

Aquellos residuos que teniendo la calificación de peligrosos son generados en las llamadas actividades sanitarios y/o de investigación.

Podemos incluir en el:

- ✓ pilas y baterías.
- ✓ Residuos de aparatos eléctricos y electrónicos.
- ✓ Envases con resto de productos tóxicos y peligrosos.

Grupo V: “Residuos radioactivos”

Este grupo no se rige por la norma Ley 22/2011, de 28 de julio “de residuos y suelos contaminados, sino por la Ley 54/1997 de “residuos del sector eléctrico”.

A este grupo pertenecen restos de ciertos hospitales que tengan unidades de tratamiento de radioterapia, medicina nuclear y ciertos laboratorios.

Estos residuos se pueden clasificar en sólidos, líquidos y de baja intensidad.

Cuya eliminación es competencia exclusiva de la “Empresa Nacional de Residuos Radiactivos, Sociedad Anónima” (ENRESA).

CONCLUSIÓN

Es de vital importancia que los sanitarios conozcamos muy bien la clasificación de los residuos sanitarios con los que trabajamos y que tengamos con ellos el cuidado que precisan, no sólo por nuestra salud, si no también por la de las personas que nos rodean y la salud ambiental pudiendo liberar sustancias dañinas para los organismos vivos.

A todo esto se le suma también una buena gestión de transporte, envasado y eliminación de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- <https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.1003733838db7342ebc4e191100000f7/?vgnnextoid=d7d79d16b61ee010VgnVCM1000000100007fRCRD&fecha=07/07/2001&refArticulo=2001-1707029>
- https://tematico8.asturias.es/export/sites/default/consumo/sanidadAmbiental/sanidad-ambiental-documentos/guia_residuos.pdf
- https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_372.pdf
- <https://www.riojasalud.es/rrhh-files/rrhh/protocolo-manejo-seguro-de-citostaticos-2999.pdf>

TEMA 82. CUADRO PEDIATRICO DE MENINGITIS POR ENTEROVIRUS.

EVELVINA ÁLVAREZ CAYUELA

ÍNDICE

- BREVE DESCRIPCION DEL CASO
- EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- PLAN DE CUIDADOS
- CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

BREVE DESCRIPCION DEL CASO

Niña de 8 años con fiebre (39°C) de 5 días de evolución, cefalea frontal intermitente que ha empeorado en las últimas 48h. Además con fotofobia, dolor cervical y vómitos desde 1 día antes. No ha usado ningún tipo de antibiótico durante este período.

EXPLORACION Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Peso 27kg, T 36.5°C BEG, normohidratada, buena perfusión. Neurológico: Despierta, orientada, no alteración de pares craneales. Signos de Kernig y Brudzinki positivos. Resto del examen normal Analítica: Hemograma: Hb 12.7. Hto 37.8. Leucocitos 7000 (66%N,24.4%L). Plaquetas 270,000/mm³. Bioquímica: Glucosa 108 mg/dL Urea 21 mg/dL. Creatinina 0.29mg/dL Na 136mEq/L K 4mEq/L .PCR < 0.3 mg/dL Tórax AP: Sin condensaciones. Citobioquímica de LCR: Glucosa 59mg/dL, Proteínas 49.3mg/dL Células 95 (77% mononucleares, 23% PMN) No se visualizan gérmenes en la tinción de Gram.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Meningitis por enterovirus

PLAN DE CUIDADOS

Permanece en sala de observación de urgencias durante 6 horas, hasta cese de efecto de sedación (midazolam y ketamina para PL), iniciando tolerancia oral de forma efectiva. La reacción en cadena de la polimerasa fue negativa para HPS y positiva para enterovirus. Dada la estabilidad clínica y la ausencia de sintomatología neurológica fue dada de alta. Los síntomas remitieron por completo en las siguientes 24 horas

CONCLUSIONES

El término meningitis aséptica es usado para todos los tipos de inflamación de las meninges no causado por una bacteria productora de pus. Es usualmente un síndrome benigno. La meningitis aséptica es uno de los desórdenes inflamatorios de las meninges, más comunes. Entre los virus causantes de meningitis aséptica, los enterovirus ocasionan más de la mitad de los casos.

BIBLIOGRAFÍA

- Rodrigo Gonzalo de Liria C. Poliomieltis y otras infecciones causadas por enterovirus. En: Medicina Interna. Farreras-Rozman, 18^a ed. Barcelona, Elsevier 2016.
- Trallero G, Casas I, Tenorio A, Echevarria JE, Castellanos A, Lozano A, Breña PP. 2000. Enteroviruses in Spain: virological and epidemiological studies over 10 years (1988-97). *Epidemiol Infect* 124: 497-506.
- Badran SA1, Midgley S, Andersen P, Böttiger B. Clinical and virological features of enterovirus 71 infections in Denmark, 2005 to 2008. *Scand J Infect Dis*. 2011 Aug;43(8):642-8.

TEMA 83. DESNUTRICIÓN EN EL ANCIANO.

LORENA PALACIOS MIGUEL

ÍNDICE

- A que llamamos desnutrición y tipos.
- A quienes suelen afectar.
- Indicadores de riesgo de malnutrición.
- Signos visibles de malnutrición.
- Pirámide nutricional en mayores de 70 años.
- Conclusiones.
- Bibliografía.

A QUE LLAMAMOS DESNUTRICIÓN Y TIPOS.

Es una enfermedad provocada por un déficit de nutrientes, que tiene como consecuencia la aparición de alteraciones en el desarrollo y mantenimiento de la salud del anciano.

Hay tres tipos de desnutrición:

-Desnutrición calórica: Son enfermedades crónicas que afectan negativamente a la ingesta de alimento con pérdida muscular en general y ausencia de grasa subcutánea.

-Desnutrición proteica: Afecta a una disminución de los depósitos de la proteína visceral y suele ser el inicio y el desarrollo muy rápido.

-Desnutrición mixta: Presentan un grado de desnutrición calórica que les producen un proceso agudo que desencadena en una desnutrición calórica-proteica por no poder hacer frente a las necesidades proteicas.

A QUIEN SUELEN AFECTAR.

- A los mayores de 80 años.
- Viudo/a de hace menos de un año.
- Ancianos con patologías descompensables, tales como EPOC, diabetes o insuficiencia cardiaca.
- Ancianos con patologías de dependencia funcional, como el Parkinson y artrosis.
- Gente mayor con deterioro congénito.
- Ancianos que necesitan atención sanitaria al menos una vez al mes.
- Ancianos con una mala situación económica.

INDICADORES DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN.

- Pérdida superior a 5 kg de peso.
- Cambios de estado funcional.
- Linfocitos < 1500.
- Colesterol < 150 mg/dl.
- Valores anormales de masa corporal (IMC < 22 o > 27).

SIGNOS VISIBLES DE MALNUTRICIÓN.

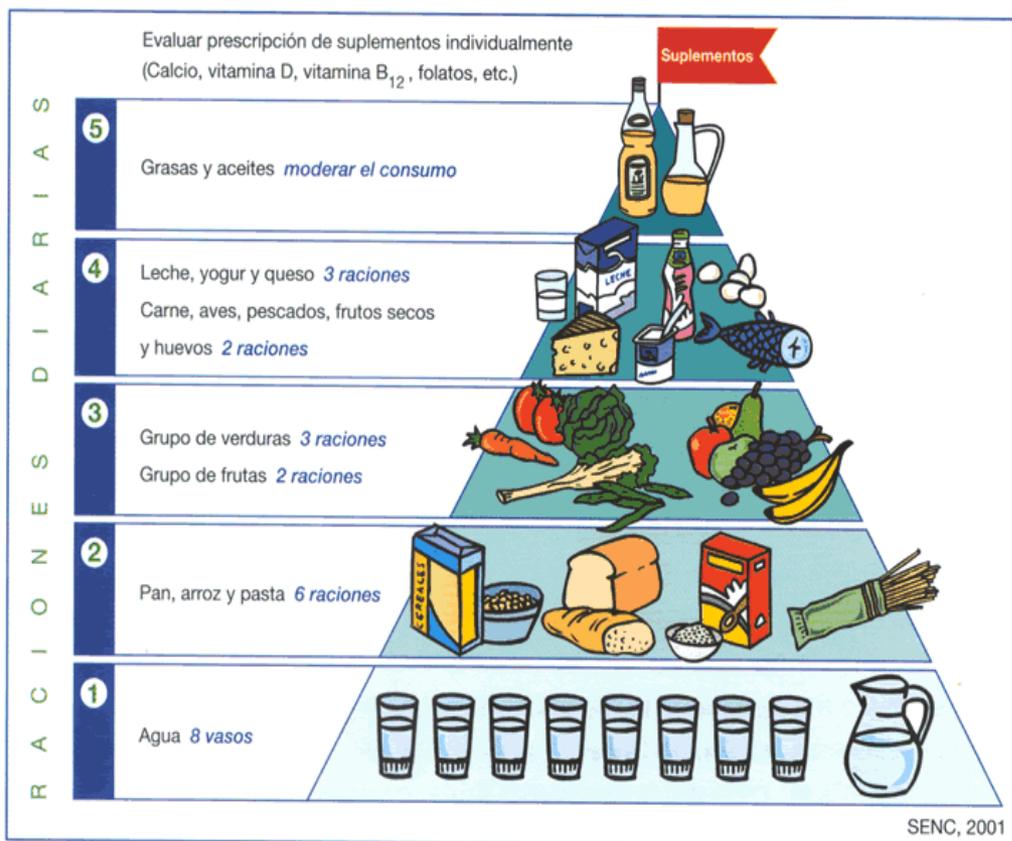
- Sufren alopecia y cabellos quebradizos, producido por una falta de proteína y ácidos grasos.
- Fisuras en los labios y tumefacción, por falta de vitamina B12.
- Atrofia en las papilas de la lengua y glositis, por falta de vitaminas del grupo B.
- Enrojecimiento conjuntival y fotofobia, por falta de vitamina A y B.
- Piel con descamación, despigmentación y sequedad (falta de B2, B3, BB), palidez (anemia), dermatitis (vitamina B3) y edemas (déficit proteico).
- Estrías transversales en las uñas, por déficit proteico.

SIGNOS VISIBLES DE MALNUTRICIÓN.

- Hepatomegalia por infiltración grasa.
- Deformaciones en el esqueleto (encalota y deformaciones MMII).

PIRAMIDE NUTRICIONAL EN MAYORES DE 70 AÑOS.

Pirámide de la alimentación para personas mayores de 70 años



CONCLUSIONES

Debemos de realizar una educación al paciente para que sepa la importancia de su alimentación. Educando también a su familia para que desde el primer momento sepa detectar esta enfermedad que cada día es más visible en nuestros ancianos dependiendo de su calidad de vida o de su nivel adquisitivo.

BIBLIOGRAFÍA

-Nestlé nutrición instituto.

Valoración nutricional en el anciano, malnutrición, diagnóstico y actitud terapéutica. Medicine 2003

<https://cuidateplus.marca.com/familia/mayores/2019/02/10/senales-alerta-desnutricion-personas-mayores-169608.html>

<https://es.familydoctor.org/como-prevenir-la-desnutricion-en-adultos-de-edad-avanzada/>

TEMA 84. EFICACIA DE LAS ESCALAS PARA VALORAR EL TRASTORNO DE ANSIEDAD.

CARMEN PILAR QUEVEDO DOMÍNGUEZ

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. METODOLOGÍA**
- 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**
- 5. CONCLUSIONES**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

Una de las áreas de mayor preocupación de la psicología ha sido el estudio de la personalidad los trastornos que crea una alteración de ellos en nuestra sociedad. Utilizamos escalas para valorar la gravedad de los trastornos de ansiedad en la población para poder abordarlos de forma eficaz.

Las escalas para valorar características del funcionamiento cognoscitivo y del comportamiento de las personas permiten la obtención de datos que orientan hacia el diagnóstico. Existen numerosas escalas en diferentes ámbitos sanitarios, las cuales se extienden desde la medición de estados alterados de la conducta hasta trastornos de personalidad, así como medir la calidad de vida de los pacientes y estados afectivos tanto de ellos como de sus familiares.

La ansiedad se define como una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación de sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

La respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos externos o simulaciones como estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligroso o amenazante. Estos estímulos son capaces de producir la respuesta de ansiedad, la cual viene determinada por las características del sujeto, existiendo notables diferencias individuales, en cuanto a la propensión a manifestar reacciones de ansiedad ante diversas situaciones.

La actualidad implica un ritmo de vida acelerado y una alta competencia y especialización. Estos factores exigen a las personas mayor autonomía, flexibilidad, capacidad de iniciativa, seguridad en sí mismo y capacidad de moldearse a situaciones nuevas, lo cual, implica que los seres humanos se encuentren sometidos a momentos de angustia y estrés y desencadene síntomas y trastornos de ansiedad que afectan a su vida cotidiana.

La angustia y los factores estresantes están en todos los lados y ámbitos como en el educativo, familiar, social y laboral; aunque es en el factor laboral donde se manejan datos más alarmantes sobre la ansiedad.

La ansiedad genera aspectos del comportamiento humano: habilidad perceptiva, aprendizaje, memoria, apetito, funcionamiento sexual y sueño.

Este trastorno, se puede convertir en un circuito cerrado que aumenta su respuesta, es decir, la experiencia física de la ansiedad y los pensamientos negativos hacen que se incremente la tensión; en estos casos, aunque el estresor no se encuentre presente la conducta se mantiene.

Hay personas que son más vulnerables a la ansiedad, estas generan un miedo anticipatorio y se provocan síntomas de ansiedad; en este caso la ansiedad aparece en ausencia de estresor.

La ansiedad tiene tres componentes:

- **Factores comportamentales:** Los estados de ansiedad afectan directamente al comportamiento y la actividad, causando insomnio, hiperactividad y conductas repetitivas.

- **Síntomas físicos:** El exceso de actividad en el sistema nervioso simpático y el incremento de la tensión muscular produce múltiples síntomas físicos, tales como, dificultad respiratoria, palpitaciones, dolor precordial, molestias gastrointestinales, flatulencias, náuseas, frecuencia en la micción urinaria, impotencia sexual, disminución de la lívido, alteraciones menstruales, etc. Los síntomas relacionados con el sistema nervioso central son confusión, enturbiamientos, vértigos, etc.
- **Pensamientos amenazantes:** Se consideran pensamientos estresantes y repetitivos que acompañan al pensamiento areousal. Se relacionan con peligro o amenaza física externa, ya que giran en torno a un daño físico o psíquico.

Para evaluar los componentes de la ansiedad se han elaborado cuestionarios y escalas de gran utilidad para los profesionales de la Enfermería.

Las recomendaciones básicas para hacer en caso que se nos presente un caso de ansiedad es:

- Realizar anamnesis, exploración física completa y pruebas complementarias oportunas.
- Descartar causas físicas, psíquicas, iatrogénicas, o por abuso de sustancias.
- Descartada la existencia de patología física, es necesario comunicarlo al paciente para aliviar así sus temores hipocondríacos, explicándole la naturaleza de sus síntomas.

- Conviene que el paciente no interprete que se le está diciendo que «no tiene nada», por lo que le transmitiremos que sabemos que sus síntomas son reales y que se deben a un diagnóstico conocido: la ansiedad. Recurrir a ejemplos explicativos.
- Hacer recomendaciones sobre hábitos: higiene del sueño, consejos dietéticos, excitantes y tóxicos, ejercicio físico regular.
- Puede ser útil enseñar técnicas sencillas de relajación. El apoyo y el psicoeducación son útiles, en cualquier caso.
- Cuando se empleen benzodiazepinas, revisar periódicamente su necesidad para intentar evitar el desarrollo de dependencias.
- Advertir del peligro de la automedicación y del uso de alcohol y otras drogas.
- Hacer control es del correcto cumplimiento terapéutico, en dosis y duración.

Para llegar a una comprensión global del paciente y poder establecer un diagnóstico de los trastornos de ansiedad, el instrumento por excelencia es la entrevista clínica.

La entrevista semiestructurada (entre una entrevista dirigida y una libre), se adapta a las características del encuentro médico-paciente en el ámbito de la Atención Primaria. Empieza con preguntas más abiertas, (cuyos contenidos parcialmente predetermina el sanitario), apoya la narración del paciente y, posteriormente, dirige el encuentro con preguntas más específicas o cerradas, que consiguen no dejar interrogantes imprescindibles en la identificación y manejo del problema.

Las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo. Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica.

Todos estos instrumentos presentan limitaciones (sensibilidad y especificidad inferior al 100%), por lo que no es factible ni recomendable utilizar escalas de rutina en Atención Primaria con fines clínicos. En ningún caso sustituyen a la entrevista clínica, aunque son útiles como guía de la misma y para apoyar el juicio clínico, así como también en el ámbito de la investigación clínica, además de servir para comprobar el efecto de distintas intervenciones en la evolución de la enfermedad.

2. OBJETIVOS

- Investigar acerca de las escalas de valoración de ansiedad que utilizamos y tenemos disponible en la actualidad para este tipo de trastorno.
- Comprobar que las guías que utilizamos para evaluar la ansiedad se encuentran actualizadas.

Escribir el contenido siempre en arial 24...

Lorem Ipsum es simplemente el texto de relleno de las imprentas y archivos de texto. Lorem Ipsum ha sido el texto de relleno estándar de las industrias desde el año 1500, cuando un impresor (N. del T. persona que se dedica a la imprenta) desconocido usó una galería de textos y los mezcló de tal manera que logró hacer un libro de textos especimen. No sólo sobrevivió 500 años, sino que también ingresó como texto.

Relleno en documentos electrónicos, quedando esencialmente igual al original. Fue popularizado en los 60s con la creación de las hojas "Letraset", las cuales contenían pasajes de Lorem Ipsum, y más recientemente con software de autoedición, como por ejemplo Aldus PageMaker, el cual incluye versiones como...

3. METODOLOGÍA

Revisión sistemática bibliográfica en bases de datos como Cuiden, Scielo, Cochrane plus, Medline y Servicio andaluz de salud de los últimos diez años escritas en inglés y español, que incluyen artículos de los resultados acerca de las escalas más usadas para valorar la ansiedad.

Se realiza en el año 2016 utilizando las palabras clave como descriptores de búsqueda. De los artículos obtenidos se seleccionaron los más relevantes para el tema a tratar. No se limitó la búsqueda por fecha de publicación ni por idioma, se incluyeron artículos en inglés y español. No excluyen artículos por origen geográfico.

Se encuentran más de 100 artículos relacionados de los cuales nos quedamos con 20 artículos donde se centra más en tema a tratar.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Según los estudios epidemiológicos realizados en diferentes fechas, los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en la población actual, afectando al 10% de población general; aunque hay que tener en cuenta que los síntomas son más frecuentes que los trastornos de ansiedad, con lo cual, el 12-15 % de la población padece síntomas de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad más frecuentes son las fobias y trastornos generalizados que pueden afectar hasta el 20 % de la población; y los menos frecuentes son el pánico, agorafobia y trastornos obsesivos compulsivos (5% de la población).

El análisis de la Organización Europea para la Salud en el Trabajo mencionó que en Norteamérica los trabajadores latinoamericanos presentan un cuadro donde el 13% de los trabajadores presentan cefaleas, 17% dolores musculares, 30% dolor de espalda, 20% fatiga laboral y 28% trastornos de ansiedad. Con ello, demuestran que los trastornos de ansiedad no diagnosticados y tratados son un problema de salud social que conllevan desgaste emocional y comportamental.

Entre el 15 y el 20% de la población española sufre un episodio de ansiedad cada año y entre el 25 y el 30% lo padece al menos una vez a lo largo de su vida.

Como grupo, los trastornos de ansiedad son las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia mensual del 7,5% en adultos de todas las edades.

En el grupo de adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5, 5%, pero es de casi el 20% en un periodo de 6 meses y del 35% a lo largo del ciclo vital. La OMS nombra aproximadamente a 500 millones de personas aquejadas de trastornos mentales de tipo ansioso.

Se exponen las siguientes escalas para la evaluación de los trastornos de ansiedad:

- **La Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg:** Se utiliza para evaluar la severidad y evolución del trastorno. Fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados.

- **La Escala de Hamilton para la Ansiedad:** Valora los signos y síntomas ansiosos, dando como resultado la frecuencia e intensidad del proceso ansioso somático o psíquico.
- **La escala HAD-Hospital, *Ansiedad y Depresión*:** Tiene 14 ítems y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y la depresión en servicios hospitalarios de consulta externa no psiquiátricos. Es una medida de estado con dos escalas, una para la ansiedad y otra para la depresión. Una de sus principales virtudes es la supresión de los síntomas somáticos para que se pueda evaluar independientemente de la enfermedad somática subyacente. Se trata de un instrumento útil validado en nuestro medio y de especial interés y utilidad en el contexto de Atención Primaria.

- **El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo:** Cuestionario autoadministrado: ansiedad de estado (condición emocional transitoria) y de rasgo (se atribuye a la personalidad).
- **Inventario de Ansiedad de Beck:** Evalúa los síntomas de la ansiedad, evaluando conductas anormales o patológicas de ansiedad.
- **La escala de Valoración del estado de Ánimo (EVAE):** Utiliza adjetivos como estímulos, se ajusta de forma adecuada a las necesidades de evaluación de los estados de ánimo y las necesidades de los pacientes. Consta de 16 ítems formado por una escala gráfica con diferentes puntuaciones.

Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos a utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar. Se han seleccionado las dos escalas más usadas, una autoadministrada (***HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión***) y otra heteroadministrada (**EADG-Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg**), que pueden ser útiles a la hora de proporcionar preguntas clave para guiar la entrevista clínica y para evaluar los cambios logrados con las distintas intervenciones, pero no para realizar cribado poblacional.

Estas escalas no han sido validadas en la población inmigrante por lo que es posible que tanto su sensibilidad/especificidad como su utilidad clínica, para estos pacientes, sean más limitadas.

5. CONCLUSIONES

- La ansiedad debe ser tomada en cuenta por los profesionales de Enfermería. Estos deben estar capacitados para detectar y diagnosticar a tiempo un estado de ansiedad de forma que se puedan planificar acciones que hagan disminuir o desaparecer este estado, integrando este aspecto en el plan integral de cuidados del paciente.
- El entrenamiento en habilidades sociales puede ser aplicado a todo tipo de problemas ya que parece existir una estrecha relación entre estas habilidades y la salud. Diversos estudios apuntan la existencia de una relación inversamente proporcional entre la ansiedad y el comportamiento socialmente hábil.

- En la actualidad, trabajamos con escalas para detectar a tiempo la ansiedad en nuestros pacientes.
- Los profesionales sanitarios están familiarizados con estas herramientas, las cuales se actualizan continuamente.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Caballo, V. E., Olivares, J., López-Gollonet, C., Irurtia, M. J. y Rosa, A. I. (2003). Una revisión de los instrumentos para la evaluación de la fobia social: algunos datos empíricos. *Psicología Conductual*, 11 (3), 539-562.
2. Charot, P. y Sandin, B. (1985): El cuestionario de evaluación del nivel de ansiedad estado. En A. Polaino-Lorente (Ed): *Psicología Patológica*. UNED, Madrid.
3. American Psychiatric Association (1995). *Manual y diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales*. Masson.

6. BIBLIOGRAFÍA

4. Chamorro García L. Guía de manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. Barcelona: Ars Medica. Psiquiatría editores S.L; 2004.
5. Bulbena A, Ibarra N, Ballesteros J y Gago J. Instrumentos de evaluación de los trastornos mentales en atención primaria. En: Vázquez Barquero JL. Psiquiatría en atención primaria. 2a ed. Grupo aula médica S.L.; 2008. p.107-125.
6. Badía X, Alonso J. Medidas de bienestar psicológico y salud mental. En: Badía X, Alonso J, editores. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona; 2007. p.49-88.

TEMA 85. EL AGOTAMIENTO EN EL PERSONAL SANITARIO.

**ANA ISABEL PÉREZ RAMOS
MARIA TERESA ZAMORA GARCÍA**

ÍNDICE

- Manifestaciones del síndrome de agotamiento.
- Efectos del estrés.
- Causas del síndrome de agotamiento.

MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

También conocido como síndrome de Burnout. Es muy frecuente en médicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, etc.

Se presenta con alteraciones en la salud mental, problemas de relación y fatiga. Todo esto puede llevar al cese o abandono de la profesión.

Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, en casi todas las situaciones, la vida social y familiar del trabajador afectado.

Diagnóstico

Para poder diagnosticar el síndrome, los especialistas tienen que conocer los síntomas de la patología y realizar una entrevista clínica con el empleado que les permita averiguar si existe la sospecha de padecer la enfermedad.

Además, conviene que el profesional conozca cómo es su situación dentro de la empresa y cómo está organizado el trabajo.

Tratamientos

Las estrategias para tratar el *burnout* van encaminadas a reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión (en los casos en los que hubiere).

EFECTOS DEL ESTRÉS

Los efectos del estrés relacionados con el trabajo son:

- Irritabilidad.
- Astenia, fatiga.
- Autocrítica.
- Estados depresivos.
- Insomnio.
- Más automedicación.
- Falta de organización.
- Aislamiento social.
- Escasa concentración y rendimiento.
- Deshumanización de la asistencia.
- Problemas con el resto del equipo.
- Pérdida del sentido de prioridad.

CAUSAS DEL SÍNDROME DE AGOTAMIENTO

Las principales causas son:

- Cuidado continuo a los pacientes.
- Estar en contacto continuo con el sufrimiento humano.
- Familiares y pacientes exigentes y conflictivos.
- Trabajar en nuevos servicios.
- Medios de trabajo insuficientes tanto en material, como en personal y de tiempo,
- Situaciones de emergencia y sobrecarga en el trabajo diario.
- Conflictos con algún miembro del equipo.
- Objetivos inalcanzables y poco realistas.
- Control excesivo por parte de los superiores.
- No reconocimiento o indiferencia del trabajo realizado por parte de los pacientes, de los superiores o de los compañeros.

BIBLIOGRAFÍA

Biblioteca.unirioja.es. 2019 [cited 17 June 2019]. Available from:
https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002080.pdf

**TEMA 86.
ESTIGMATIZACION DE LOS
PACIENTES.**

**MARLENE DEL VALLE FERNÁNDEZ
ADRIANA FERNÁNDEZ LÓPEZ
ANA YESICA FERNÁNDEZ MENÉNDEZ
INMACULADA GARCÍA FERNÁNDEZ**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **MATERIAL Y MÉTODOS**
- **RESULTADOS**
- **DISCUSIÓN**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCIÓN

Estigma, condición, atributo, rasgo o comportamiento, que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores.

Los pacientes tienen unos derechos, y como profesionales tenemos la labor de trabajar para evitar la merma de dichos derechos

OBJETIVOS

- Describir el concepto de estigma
- Identificar los derechos y deberes de los pacientes , así como la legislación vigente
- Reflexionar sobre las repercusiones éticas y morales de los estigmas

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión y búsqueda sistemática de artículos científicos consultando las bases de datos PubMed , Dialnet , Cochrane con restricción de fechas los últimos 5 años ,en los idiomas español e inglés para elaborar una revisión de la literatura. No se hicieron restricciones respecto al tipo de estudio.

Palabras claves: estigma , etica, derechos pacientes , legislacion.

Se tuvieron en cuenta 7 artículos publicados.

RESULTADOS

La ley 41/2002 del 14 de Noviembre , recoge los principales derechos de los pacientes y que como profesionales debemos conocer para garantizar su cumplimiento .Entre otros estan :

Derechos relativos a la intimidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud

Derechos relativos a la información asistencial

Derecho a la información sanitaria y epidemiológica

Derecho a presentar reclamaciones y sugerencias

Derecho a participar en las actuaciones de sistema de salud

Derechos relativos a la toma de decisiones sobre la salud

Derecho a las prestaciones sanitarias

Derecho a la documentación sanitaria

Otras de las repercusiones que debemos afrontar como profesionales a la hora de trabajar con estos pacientes , son nuestro propios miedos. Entre los miedos descritos ,esta el miedo al contagio. Para evitar el mismo es fundamental ,la información en relación a las enfermedades infecto contagiosas, debería integrarse en los planes docentes y estar sometidas a revisiones continuadas. Sería imprescindible que el servicio de Medicina Preventiva revise los conocimientos del colectivo de todo el personal sanitario en torno a las precauciones universales y favorezca su aplicación.

Dar una equipación adecuada para la protección de los profesionales: Guantes, Mascarilla, bata y gafas si fuese necesario. Dotar de personal de refuerzo si se precisara.

Otros factores que se deben tener en cuenta son los relacionadas con las etnias , los pacientes ebrios , psiquiátricos , grandes demandantes e hiperfrecuentadores

DISCUSIÓN

Siendo un problema social tan relevante, ¿Cómo podemos evitar los prejuicios?

- Tiempo.
- Pensar antes de Hablar.
- Todos somos iguales.
- Prevenir.
- Todo esta en tu cabeza.
- Información

CONCLUSIÓN

- Conocer los derechos y deberes de los pacientes para asegurar su cumplimiento
- Identificación de los riesgos para prevenirlos y atajarlos.
- Formar al personal para afrontar posibles problemas de este índole.

BIBLIOGRAFIA

- Boe.es: Boletín Oficial del Estado[Internet]. Madrid: BOE; 2010[citado 13 Junio 2019].Ley de autonomía del paciente.Disponible en:<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- OMS:Organización Mundial de la Salud [citado 13 Junio 2019]. Programa Mundial de Acción en Salud Mental.Suiza.2018 . Disponible en [:https://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf](https://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf)
- Vázquez, Andrea, Stolkiner, Alicia, Procesos de estigma y exclusión en salud. articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia. Anuario de Investigaciones [en línea] 2009, XVI [Fecha de consulta: 15 de junio de 2019] Disponible en:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945027>> ISSN N 0329-5885

- Clement S, Lassman F, Barley E, Evans-Lacko S, Williams P, Yamaguchi S, Slade M, Rüsçh N, Thornicroft G. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7. Art. No.: CD009453. DOI: 10.1002/14651858.CD009453.pub2.
- [Ruusuvuori JE](#), [Aaltonen T](#), [Koskela I](#), [Ranta J](#), [Lonka E](#), [Salmenlinna I](#), [Laakso M](#). Studies on stigma regarding hearing impairment and hearing aid use among adults of working age: a scoping review. [Disabil Rehabil](#). 2019 Jun 8:1-11
- [Madden EF](#). Intervention stigma: How medication-assisted treatment marginalizes patients and providers . [Soc Sci Med](#). 2019 May 17;232:324-331

TEMA 87.HALITOSIS.

MARÍA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ

ÍNDICE

- **¿QUE ES LA HALITOSIS?**
- **TIPOS DE HALITOSIS**
- **CAUSAS**
- **TRATAMIENTO**

¿QUÉ ES LA HALITOSIS?

- La halitosis, también conocida como mal aliento, se define como el conjunto de olores desagradables que se emiten a través de la boca.
- Es un problema que afecta a una de cada dos personas.
- Se considera un problema de carácter social relacionado con una higiene bucal deficiente o con enfermedades de la cavidad oral.

TIPOS DE HALITOSIS

En función de su origen, existen dos tipos de halitosis:

- Halitosis oral: La halitosis oral proviene de la propia cavidad oral y se debe principalmente por la acumulación de biofilm oral en el dorso de la lengua. Aunque también puede estar causada por otras situaciones como: Problemas periodontales, caries dentales, hábito de fumar. Según múltiples estudios, la halitosis oral corresponde al 90 % de los casos.

- Halitosis extraoral: La halitosis extraoral se debe principalmente a trastornos de tipo sistémico como:
 - Tracto respiratorio superior/inferior.
 - Sistema digestivo, así como enfermedades hepáticas o renales.

Este tipo de halitosis corresponde con el 10 % de los casos.

CAUSAS

- La producción de sustancias malolientes, los más frecuentes los Compuestos Volátiles de Sulfuro (CVS), se asocia a los productos resultantes de la degradación del metabolismo de las bacterias.
- Generalmente las bacterias anaerobias Gram(-), que se localizan principalmente en la zona posterior del dorso de la lengua.
- Las causas de la Halitosis pueden ser patológicas y no patológicas.

- Causas no patológicas:
 - Aliento matutino.
 - Edad.
 - Prótesis dentarias.
 - Fármacos.
 - Tabaco.
 - Períodos de ayuno.
 - Dieta.

- Causas patológicas:
 - Las caries.
 - Enfermedad periodontal.

TRATAMIENTO

A nivel general, los protocolos de tratamiento contemplan la realización de una limpieza dental profesional e instrucciones de higiene oral que van desde un correcto cepillado y limpieza interproximal, a una limpieza completa de la lengua. El tratamiento de la halitosis está orientado a disminuir el número de bacterias productoras de mal olor depositadas en el dorso posterior de la lengua y en el surco o bolsa periodontal.

Entre los agentes antimicrobianos usados en el tratamiento se encuentra:

- La clorhexidina a baja concentración 0.05 %.
- El Cloruro de cetilpiridinio.
- El Lactato de zinc.

CONSECUENCIAS DE LA HALITOSIS

Efectos en el comportamiento

- Limitación de la comunicación oral (especialmente en lugares más pequeños o cerrados).
- Mayor distanciamiento interpersonal.
- Mayor frecuencia de comunicación por señales o gestos.
- Cobertura de la boca con la mano.
- Tiempo de espiración más corto.

Efectos psicológicos y emocionales

- Restringe la vida social.
- Aumenta la ansiedad.
- Interfiere en las relaciones íntimas.
- Disminuye la felicidad global de un individuo.

BIBLIOGRAFÍA

- Foglio Bonda P.L., Rocchetti V., Migliario M., Giannoni M.. La halitosis: revisión de la literatura. Primera parte. Av Odontoestomatol [Internet]. 2007 Dic [citado 2019 Jun 17]; 23(6): 375-386.
- Foglio Bonda P.L., Rocchetti V., Migliario M., Giannoni M.. La halitosis: revisión de la literatura. Segunda parte. Av Odontoestomatol [Internet]. 2008 Abr [citado 2019 Jun 17]; 24(2): 167-175.
- Loesche WJ, Kazor C. Microbiology and treatment of halitosis. 2000 Periodontol 28:256-79.
- Ratcliff PA, Johnson PW. The relationship between oral malodor, gingivitis and periodontitis. J Periodontol 1999;70:458-89.

- Yaegaki K, Coil MJ. Examination, classification, and treatment of halitosis; clínical perspectives. J Can Dent Assoc 2000;66:257-61.
- Rosenberg M, McCulloch CA. Measurement of oral malodor: current methods and future prospects. J Periodontol 1992;63:776-82.
- Monfort Codinach M., Jané Salas E.. Halitosis: diagnóstico y tratamiento. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 Jun [citado 2019 Jun 17]; 30(3): 155-160.
- De Luca-Monasterios F, Chimenos Küstner E, López-López J. Halitosis. Análisis del aliento antes y después de masticar chicle. Med Clin (Barc) 2014 Feb 19.pii:S0025-7753(14)00021-9. doi: 10.1016/j.medcli.2013.11.038

TEMA 88. IMPORTANCIA DE LA MEDICINA FORENSE EN EL ÁMBITO SANITARIO.

LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVO**
- **MÉTODOLOGÍA**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSION**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Determinación de la causa de la muerte, denominado necropsia.

La medicina forense o legal es una de las ramas de mayor importancia como auxiliar de la procuración y administración de la justicia.

OBJETIVO

Determinar mediante el análisis médico científico, la obtención de datos de causa de la muerte o las lesiones producidas en alguna persona.

MÉTODOLOGÍA

Cada caso puede tener sus propias particularidades, en función de ellas puede variar el modo de actuación a seguir.

El estudio de viabilidad o el estudio previo es de gran importancia para determinar la procedencia o no de realizar un dictamen pericial, tras visita y reconocimiento del paciente y un exhaustivo análisis de la documentación médica aportada.

RESULTADOS

La autopsia es un procedimiento ejercitado por un médico que empleará la disección con el fin de obtener información anatómica sobre la causa o naturaleza, extensión y complicaciones de la enfermedad o lesión que sufrió en vida el sujeto y que permite formular un diagnóstico médico final o definitivo para dar una explicación de las observaciones clínicas.

CONCLUSION

El informe de autopsia es el documento escrito en el que consta la serie de actos e intervenciones que se han practicado al cadáver.

BIBLIOGRAFÍA

- García-Garduza I. Procedimiento Pericial Médico-Forense. Cuarta edición. México: Porrúa; 2012.
- Nuñez de Arco J. La Autopsia. Capítulo II. La autopsia. Sucre, Bolivia: Ed. GTZ. 2005
- Alva Rodríguez M. Compendio de Medicina Forense. 4^a. Ed. México: Méndez editores; 2010
- Suescún Vargas JM, Pérez Suárez RA, Roger A, Rueda Díaz A, Rodríguez Ibarra EA. Historia de la medicina legal. Med UIS. 2009;22(1):83-90.
- Martínez Murillo S, Saldívar SL. Medicina Legal. 18^a Ed. México: Méndez Editores; 2009

TEMA 89. ENFERMEDADES EMERGENTES: VIRUS ZIKA.

IRENE DÍAZ SOLDADO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DIAGNÓSTICO**
- **SÍNTOMAS**
- **TRATAMIENTO**
- **PREVENCIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

-Debido a la reciente aparición de la epidemia por virus Zika (VZ) y las complicaciones con las que se le ha relacionado – entre ellas el síndrome de Guillaen-Barré, microcefalia y otros trastornos neurológicos-, ésta se ha convertido en una nueva amenaza a la salud pública. El virus Zika es un ejemplo reciente de emergencia de salud pública cuya trascendencia ha ascendido a internacional, dada su rápida velocidad de transmisión y expansión, la evidencia de transmisión no solo por medio vectorial sino también sexual, siendo capaz de permanecer latente en los fluidos corporales por largos periodos de tiempo, con una alta dosis infectiva.

-Varios aspectos del contagio por el virus Zika están todavía en estudio y desarrollo, como los riesgos de infección en el embarazo y sus efectos a nivel perinatal y neonatal.

INTRODUCCION

-El hecho de que sea un virus transmitido fundamentalmente por la picadura de un mosquito (género *Aedes*), prácticamente desconocido hasta hace relativamente poco, implica el personal sanitario, tanto dentro del marco de la salud pública y epidemiología, como del medio asistencial, se hayan enfrentado a dificultades y barreras propias de una epidemia emergente: conocimiento insuficiente de la patogenia de la enfermedad, dificultades en el diagnóstico, falta de tratamiento etiológico y de vacunas, y limitaciones de las herramientas para el control vectorial.

-En cuanto al alcance del virus Zika a nivel nacional, En España, el VZ fue reportado por primera vez en el año 2004 en Cataluña y ha ido extendiéndose desde entonces por el litoral peninsular.

DIAGNÓSTICO

-Debido a que no existen factores patognomónicos de la infección por Zika, el Golden-test para el diagnóstico definitivo requiere de pruebas de laboratorio por medio de un cultivo del virus, con la desventaja de tardar 10 días aproximadamente.

-Otra forma de diagnosticar la infección de manera más rápida es a través de la RPC-TR con muestras de plasma, especialmente en las mujeres embarazadas, por el alto riesgo que la infección conlleva. En éstas últimas, se deberá realizar también RPC-TR en líquido amniótico, y en caso de anomalías, confirmar el diagnóstico con una amniocentesis. La mayor preocupación en mujeres embarazadas es la transmisión vertical, la infección fetal y el potencial desarrollo de anomalías o malformaciones del SNC o en el desarrollo del feto.

SÍNTOMAS

-Los síntomas de la infección por virus Zika son similares a los causados por el dengue aunque más leves y, generalmente, duran entre 4 días y semana. Entre los síntomas comunes a todas las infecciones encontramos una erupción cutánea maculopapular pruriginosa que va de cabeza a pies; conjuntivitis; dolor en las articulaciones o artralgias generalizadas, sobre todo, menores; dolor retrocular; fiebres débiles y cefaleas.

-En muy raras ocasiones, el Zika se complica con el Síndrome de Guillain-Barré. No se reportan trastornos hemorrágicos ni *shock*. La mortalidad es muy baja siempre contando con un buen estado general de salud en el paciente, y los casos registrados han sido en personas inmunodeprimidas y recién nacidos.

TRATAMIENTO

-Hasta hoy, no existe un tratamiento farmacológico específico, por lo que el tratamiento es fundamentalmente. Se recomienda iniciarlo una vez excluidas otras enfermedades como el dengue o chinkunguya. El tratamiento consiste principalmente en aliviar los síntomas, entre ellos las artralgias, cefaleas o fiebres, con antipiréticos, analgésicos y líquidos.

-Algunas de las recomendaciones generales al paciente infectado son: mantener reposo en cama, dieta normal y líquidos abundantes vía oral (con jugos y zumos) o, si es necesario, suero oral; analgésicos y AINES de acuerdo a edad y peso, lociones de aloe vera para la erupción y prurito, consejos para la prevención.

PREVENCIÓN

Es necesario educar a la comunidad acerca del riesgo de transmisión y las medidas para prevenirla, y disminuir la población de vectores y el contacto entre el vector y las personas. Entre las recomendaciones encontramos:

- Uso de mosquiteras, ya sean impregnados con insecticida o no.
- Uso de ropa que cubra las extremidades por completo.
- Empleo de repelentes.
- Colocación de alambre-malla en puertas y ventanas para reducir la entrada de vectores a la vivienda, impregnados en repelente o no.
- Uso de aerosoles en spray, especialmente en áreas donde se encontraría el mosquito, como las oscuras y frías.

BIBLIOGRAFÍA

- Coronell-Rodríguez W, Arteta-Acosta C, et al . Infección por virus del Zika en el embarazo: impacto fetal y neonatal. Rev. chil. infectol. 2016; vol 33. n.6: pp. 665-673.
- Caylà Joan A, Domínguez A, Rodríguez Valín E, et al. La infección por virus Zika: Una nueva emergencia de salud pública con gran impacto mediático. Gac Sanit. 2016; vol 30. n.6. pp. 468-471.
- Barrera-Cruz A, Díaz-Ramos RD, Lopez-Morales AB, et al. Lineamientos técnicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por virus Zika. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; vol. 54. n.2: pp. 211-24.
- Serra Valdés MA. Fiebre por virus Zika: una alerta necesaria. Rev haban cienc méd. 2016; vol 15. n.1.
- Cabrera-Gaytán DA, Galván-Hernández SA. Manifestaciones clínicas del virus Zika. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016; vol. 54. n.2: pp. 225-9.

**TEMA 90. BREVE ANÁLISIS Y
ESTUDIO DE LA LEGISLACIÓN SOBRE
INSTRUCCIONES PREVIAS O
VOLUNTADES ANTICIPADAS EN
ESPAÑA.**

**BEATRIZ EGIDO GORDO
CORAL GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
M^a PILAR RODRÍGUEZ CORROS**

ÍNDICE

- FUNDAMENTO
- INTRODUCCIÓN
- LEGISLACIÓN EN ESPAÑA
- CONSIDERACIONES FINALES
- BIBLIOGRAFÍA

FUNDAMENTO

El desconocimiento que aún existe en nuestro país sobre este tipo de leyes me ha decidido a realizar una breve exposición sobre el origen de esta normativa, la multitud de legislación y su diferente evolución dependiendo del lugar de España donde vivamos. No es mi objetivo un análisis exhaustivo de sus contenidos y a aplicaciones que se producen dentro del mismo territorio, sino demostrar de una forma general mediante una visualización global del número de leyes autonómicas y estatales, el batiburrillo existente al respecto.

INTRODUCCIÓN

El número tan importante de avances médicos y científicos producidos en las últimas décadas han propiciado el desarrollo de técnicas cada vez más sofisticadas que permiten la superación de un mayor número y, hasta hace poco, procesos incurables. No obstante, también han dado lugar a situaciones en las que personas en estado terminal o en coma son mantenidas artificialmente con vida de forma indefinida, generándose un debate ético-jurídico sobre quién puede decidir sobre su continuación o desconexión cuando el paciente no puede expresar por sí mismo su opinión. Es este contexto en dónde surgen los documentos de instrucciones previas, configurados fundamentalmente como un medio para que el paciente pueda manifestar su voluntad sobre las técnicas y cuidados que deben serle prestados así como aquellos que no desea le sean aplicados para los supuestos en que se encuentre incapacitado para emitir tal declaración.

El origen de la regulación de esta institución nace en EEUU por dos casos de triste celebridad, los conocidos como casos Quinlan y Cruzman. En el primero de ellos, una joven, Karen Ann Quinlan, debido al consumo de alcohol y barbitúricos durante una fiesta quedó en situación de coma irreversible. Trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, se le conectó a un respirador volumétrico y era alimentada mediante sonda nasogástrica. Ante la irreversibilidad del coma, los padres se plantearon la retirada del respirador artificial para no seguir manteniendo su vida. Por su parte, el equipo jurídico del hospital consideró que este comportamiento podría ser contraria a la ética y además constitutiva de un delito, dado que Karen era mayor de edad y sus progenitores ya no ostentaban su representación, por lo que no podían decidir por ella. Los progenitores decidieron presentar una demanda judicial solicitando su representación legal.

Tras su concesión, solicitaron judicialmente la desconexión de su hija del respirador artificial. Durante el juicio, declararon que su hija había afirmado en diversas ocasiones que no deseaba ser mantenida con vida de forma artificial. Tras ser rechazada en Primera Instancia las pretensiones de los padres, se recurrió ante la Corte Suprema del Estado de Nueva Jersey. El 31 de marzo de 1976, daba la razón a los padres de Karen, alegando que si no había posibilidades razonables de curación, los medios de soporte vital deberían ser retirados, sin que dicha actuación supusiese culpabilidad civil o penal para el tutor, el equipo médico o el hospital. No obstante, tras la desconexión del respirador siguió respirando por sus propios medios y sus padres decidieron no retirarle la sonda gástrica, pese a la autorización de la Corte Suprema. Murió en 1985, tras 10 años de vida exclusivamente vegetativa.

En el segundo, Nancy Beth Cruzman, tras sufrir un accidente de tráfico quedó en estado vegetativo persistente. Sus padres y representantes legales solicitaron judicialmente la retirada de la sonda gástrica a través de la que se alimentaba, alegando la irreversibilidad de su situación y que ella había manifestado ante testigos su deseo de no seguir viviendo si algún día se encontraba en un estado de coma. El Juez de Primera Instancia falló a su favor, pero la sentencia fue recurrida por el Fiscal General del Estado ante la Corte Suprema de Missouri, revocando la resolución de Primera Instancia, arguyendo que las pruebas testificales sobre las declaraciones emitidas por la paciente no eran claras ni convincentes. Los padres apelaron al Tribunal Supremo resolvió que respecto a los pacientes incapaces si no existían testamentos vitales, las decisiones sobre los tratamientos médicos a aplicar debían someterse a los requisitos de control establecidos legalmente en cada Estado.

A raíz de estas decisiones judiciales, se generalizó el otorgamiento de los testamentos vitales, denominados “Advance Directive”. La expresión escrita del citado documento en el que el declarante expresa de forma consciente y concreta sus deseos para ser aplicado en los supuestos en que no pueda decidir, supone una prueba de inestimable valor para determinar la actuación de los facultativos, y en su caso, de los propios jueces en estos casos concretos.

Las voluntades anticipadas o instrucciones previas han sido objeto de un amplio desarrollo legislativo en nuestro ordenamiento jurídico en los últimos años. Dado que el art. 148.1.21 de la Constitución Española determina que las Comunidades Autónomas podrán asumir la competencia en sanidad e higiene, actualmente existe una extensa legislación estatal y autonómica sobre esta materia.

LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

1. Legislación estatal

1.1. 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.

1.2. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, que regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

2. Legislación de las Comunidades Autónomas

2.1. Comunidad Autónoma de Andalucía

2.1.1. Ley 5/2003, de 9 de octubre, de declaración de Voluntad Vital Anticipada, de la Comunidad de Andalucía.

2.1.2. Decreto 59/2012, de 13 de marzo, que regula la organización y funcionamiento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

2.2. Comunidad Autónoma de Aragón

2.2.1. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón.

2.2.2. Decreto 100/2003, de 6 de mayo, del Gobierno de Aragón, se aprueba el Reglamento de Organización y del Registro de Voluntades Anticipadas.

2.3. Comunidad Autónoma del Principado de Asturias

2.3.1. Decreto 4/2008, de 23 de enero, de Organización y Funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario.

2.3.2. Resolución de 29 de abril de 2008, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, que desarrolla y ejecuta el citado Decreto²⁴. Establece en su apartado noveno cómo debe ser el acceso al Registro por los profesionales sanitarios.

2.4. Comunidad Autónoma de Islas Baleares

2.4.1. Ley 1/2006, de 3 de marzo, de voluntades anticipadas de la Comunidad Autónoma de Islas Baleares.

2.4.2. Decreto 58/2007, de 27 de abril, de ampliación de la Ley de voluntades anticipadas y del Registro de Voluntades Anticipadas de las Islas Baleares.

2.5. Comunidad Autónoma de Canarias

2.5.1. Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntades en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente registro de la Comunidad Autónoma de Canarias²⁹ y que desarrolla, en esta materia, la Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias.

2.6. Comunidad Autónoma de Cantabria

2.6.1 La Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.

2.6.2. Decreto 139/2004, de 5 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria.

2.7. Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha

2.7.1. Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la Declaración de Voluntades Anticipadas en materia de la propia salud de la Comunidad Autónoma de Castilla La Mancha.

2.7.2. Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Voluntades Anticipadas de Castilla La Mancha.

2.8. Comunidad Autónoma de Castilla y León

2.8.1. Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

2.8.2. Decreto 30/2007, de 22 de marzo, que regula el documento de Instrucciones Previas en el ámbito sanitario de Castilla y León.

2.9. Comunidad Autónoma de Cataluña

2.9.1. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica de la Comunidad Autónoma de Cataluña.

2.9.2. Decreto 175/2002, de 25 de junio, sobre el Registro de Voluntades Anticipadas en Cataluña.

2.10. Comunidad Autónoma de Valencia

2.10.1. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de Valencia.

2.10.2. Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, de la Consellería de Sanidad, que regula el documento de voluntades anticipadas y crea el Registro centralizado de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana.

2.11. Comunidad Autónoma de Extremadura

2.11.1. Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente de la Comunidad Autónoma de Extremadura⁴⁵

2.11.2. Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, la organización y el funcionamiento del Registro de Expresión anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero Automatizado de datos de carácter personal del citado Registro

2.12. Comunidad Autónoma de Galicia

2.12.1. Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes⁴⁸ modificada por la Ley 3/2005, de 7 de marzo de Galicia.

2.12.2. Decreto 159/2014, de 11 de diciembre, que establece la organización y funcionamiento del Registro gallego de Instrucciones Previas sobre cuidados y tratamiento de la salud.

2.13. Comunidad Autónoma de La Rioja

2.13.1. Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad de la Comunidad Autónoma de La Rioja.

2.13.2. Decreto 30/2006, de 19 de mayo, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de La Rioja⁵⁶. Posteriormente, se aprobó la Orden 8/2006, de 26 de julio, de la Consejería de Salud, sobre la forma de otorgar documento de instrucciones previas ante personal de la Administración.

2.14. Comunidad Autónoma de Madrid .

2.14.1. Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente de la Comunidad Autónoma de Madrid.

2.14.2. Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid.

2.14.3. Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas.

2.15. Comunidad Autónoma de Murcia

2.15.1. Decreto 80/2005, 19 de julio, que aprueba el Reglamento de Instrucciones Previas y su Registro de la Comunidad Autónoma de Murcia.

2.16. Comunidad Autónoma de Navarra

2.16.1. Ley Foral 17/2010, 8 de noviembre, Derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra.

2.16.2. Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el Registro de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Autónoma de Navarra .

2.17. Comunidad Autónoma del País Vasco

2.17.1. Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

2.17.2. Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, del Gobierno Vasco, por el que se crea el Registro de Voluntades Anticipadas.

CONSIDERACIONES FINALES

A mi entender y en virtud de lo anterior, se puede afirmar que actualmente en España existe una heterogénea y sobredimensionada regulación de las instrucciones previas que, sin embargo, no aseguran una correcta instauración de este documento ni su efectividad práctica. Pese a la existencia de una base común en su regulación, las diferentes normas autonómicas presentan diferencias en la reglamentación de los aspectos básicos de la figura, así como las relacionadas con el desarrollo legal de los Registros. En cuanto a su nominación podemos señalar que son diversas las denominaciones utilizadas para hacer referencia a la misma institución: instrucciones previas, voluntades anticipadas, declaración de voluntad vital anticipada...

Difieren, asimismo, los requisitos exigidos al paciente. Tampoco la regulación de la figura del representante presenta una homogeneización, siendo diferentes los requisitos exigidos y sus funciones. Algunas legislaciones regulan expresamente las personas, que por distintas razones, no pueden realizar tal función. En relación a los Registros, son múltiples las cuestiones que difieren: personal encargado, forma de inscripción... Las fechas de su aprobación y ejecución varían en amplios periodos dependiendo de la comunidad en la que nos encontremos.

Por todo lo anterior, creo conveniente una mayor coordinación y comunicación entre las diferentes administraciones, comunidades e instituciones encargadas de legislar sobre esta cuestión para no generar lo que parece una evidente descoordinación legislativa en nuestro país con los efectos y consecuencias que eso acarrea en la población potencialmente demandante de estos servicios en los distintos lugares de nuestra geografía.

BIBLIOGRAFÍA

- ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, F., “Estudio jurídico sobre el marco regulatorio de las instrucciones previas en España: Estado y Comunidades Autónomas”, en Instrucciones Previas en España, Fundación Salud 2000, Granada, 2008.
- ALONSO OLEA, M., “El consentimiento informado en medicina y cirugía”, R.A.P, n. 155, 2001. ALONSO OLEA, M., FANEGO DEL CASTILLO, F., “Comentario a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”, ed. Cívitas, Madrid, 2003.
- ARBE OCHANDIANO, M., Estudio de las Instrucciones Previas en el ámbito sanitario a través del ordenamiento jurídico español. Tesis doctoral, Univ. Salamanca.

- ROMEO CASABONA, C.M., El Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina. Su entrada en vigor en el ordenamiento jurídico español, Publicaciones de la Cátedra Interuniversitaria, Fundación BBVA, Diputación Foral de Vizcaya, de Derecho y Genoma Humano Editorial Comares, Bilbao-Granada, 2002.
- CANTERO MARTÍNEZ, J., La autonomía del paciente: del consentimiento informado al testamento vital, ed. Bomarzo, Albacete, 2005.
- GÓMEZ RUBÍ, J.A. "Directivas anticipadas: la última oportunidad para ejercer la autonomía". JANO 2000, n. LX (1337).
- MARTÍN SANCHEZ, I., Comunidad de Madrid, Madrid, 1995 SILVA-RUIZ, F., "El derecho a morir con dignidad y el testamento vital"; Boletín de Información. Ministerio de Justicia 46/1651, 1992.

- MONTALVO JAASKELAINEN, F., Muerte digna y Constitución. Los límites del testamento vital, ed. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, 2009
- NORIEGA RODRÍGUEZ, LYDIA. “Análisis de la legislación estatal y autonómica en materia de instrucciones previas o voluntades anticipadas “.Profesora Ayudante Doctora de Derecho Civil Universidade de Vigo.
- PALOMARES BAYO, M. y LÓPEZ Y GARCÍA DE LA SERRANA, J., (Coord.). El consentimiento informado en la práctica médica y el testamento vital. Análisis de la legislación europea, nacional y autonómica. Estudio de su evolución jurisprudencial, ed. Comares, Granada, 2002.
- QUINTANA, O., Por una muerte sin lágrimas. Problemas éticos al final de la vida, Flor del Viento, Barcelona, 1997.

- REBOLLEDO DELGADO, L., “Derecho Constitución I”, ed. Dykinson, Madrid, 2011
- RODRÍGUEZ-ARIAS VAIHE, D., Una muerte razonable, ed. Desclée De Brouwer, Bilbao, 2005.
- SÁNCHEZ-CARO, JAVIER y ABELLÁN, FERNANDO. “Derechos y deberes de los pacientes “(Ley 41/2002, de 14 de noviembre: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas)
- SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, M.A., “Informe sobre instrucciones previas”, en Bioética, religión y salud, coord.,
- TUR FERNÁNDEZ, N. “El documento de Instrucciones Previas o testamento Vital. Régimen jurídico”, Aranzadi civil, n. 10, 2004.

TEMA 91. SÍNDROME DE ASPIRACIÓN MECONIAL.

M^a PILAR RODRÍGUEZ CORROS

M^a LUISA RODRÍGUEZ CORROS

BEATRIZ EGIDO GORDO

ÍNDICE

- MARCO CONCEPTUAL
- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN
- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

MARCO CONCEPTUAL

El Síndrome de Aspiración Meconial (SAM) se refiere a los problemas respiratorios que sufre un recién nacido cuando inhala meconio, su primera excreción intestinal, durante o después del parto, y este llega hasta los pulmones(1).

El meconio corresponde a las primeras heces (materia fecal) eliminadas por un recién nacido poco después del nacimiento, antes de que el bebé empiece a digerir leche materna o leche maternizada en polvo(2).

En algunos casos, el bebé elimina meconio mientras aún está dentro del útero. Esto puede suceder cuando los bebés están "bajo estrés", dado que el suministro de sangre y oxígeno disminuye. Esto con frecuencia se debe a problemas con la placenta o el cordón umbilical.

El líquido teñido de meconio está formado por en lanugo, moco, células epiteliales intestinales y secreciones intestinales (por ej., bilis); en general, es inocuo(3).

Una vez que el meconio ha pasado hacia al líquido amniótico circundante, puede aspirarlo hacia los pulmones.

Esto puede suceder mientras el bebé aún está en el útero , durante el parto o Inmediatamente después del nacimiento

Los efectos del meconio en los niños son(4):

- Altera al líquido amniótico en forma directa reduciendo su actividad antibacteriana y aumentando el riesgo de infección bacteriana perinatal, principalmente por E. coli.
- Irrita la piel fetal, lo cual provoca mayor incidencia de eritema tóxico
 - Causa SAM

El Síndrome de Aspiración Meconial puede afectar a la respiración del bebé de varias formas diferentes, incluyendo la irritación química del tejido pulmonar, la obstrucción de las vías respiratorias por el tapón de meconio, la infección, y la inactivación del tensioactivo (surfactante) por el meconio (El tensioactivo es una sustancia natural que ayuda a los pulmones a expandirse)(5).

La gravedad del síndrome de aspiración meconial dependerá de la cantidad de meconio inhalado así como del estado del bebé y las afecciones que pudiera padecer previamente, como el hecho de haber contraído alguna infección dentro del útero o la posmadurez (cuando un bebé supera las 42 semanas de gestación). Por lo general, cuanto más meconio inhala un bebé, más grave es el trastorno.

Normalmente, el meconio sube y baja solamente por la tráquea (la porción superior de las vías respiratorias) cuando hay actividad respiratoria en el feto. El meconio puede llegar hasta los pulmones cuando el bebé boquea en el vientre materno o en las primeras bocanadas posteriores al parto. Los bebés suelen boquear cuando algún problema (por ejemplo, una infección o la compresión del cordón umbilical) hace que tengan dificultades para obtener suficiente oxígeno dentro del vientre materno.

En Europa, el SAM tiene una incidencia de 1:1.000 a 1:5.000 nacimientos sin predisposición de raza o sexo y afecta solamente a los recién nacidos. Su incidencia es mayor en Estados Unidos y Oriente Medio, probablemente debido a la limitación del cuidado prenatal y la mayor tasa de nacimientos. En el 13% de los partos el líquido amniótico está teñido de meconio y casi siempre se observa en niños a término o pos término(4).

Aunque entre el 6% y el 25% de los bebés tienen el líquido amniótico manchado de meconio, no todos los bebés que eliminan meconio durante las fases de dilatación y expulsión del parto desarrollan un síndrome de aspiración de meconio. De los bebés que expulsan el meconio durante el parto o cuyo líquido amniótico está teñido de meconio, entre el 2% y el 36% inhalan meconio dentro del útero materno o bien en la primera respiración extrauterina. De los bebés que nacen con el líquido amniótico manchado de meconio, el 11% presenta algún grado de síndrome de aspiración de meconio(5).

Causas

El SAM se suele relacionar con el sufrimiento fetal. El sufrimiento fetal puede estar provocado por problemas durante el embarazo, como las infecciones, o por las dificultades que surgen durante el parto.

Cuando un bebé experimenta sufrimiento fetal puede sufrir hipoxia (reducción del aporte de oxígeno), lo que puede provocar un incremento de la actividad intestinal del bebé, así como una relajación del esfínter anal (la válvula muscular que controla el paso de las heces por el ano), con la consiguiente expulsión de meconio en el líquido amniótico donde flota el bebé.

Pero la expulsión de meconio durante el parto no siempre se asocia a sufrimiento fetal. En algunas ocasiones, bebés que no muestran indicios de sufrimiento fetal durante el parto expulsan meconio antes de nacer. En cualquier caso, si el bebé boquea e inhala meconio, es posible que desarrolle un SAM.

Otros factores de riesgo para desarrollar un SAM son los siguientes:

- parto difícil
- edad gestacional avanzada (o post maduridad)
- una madre que fuma mucho o que padece diabetes, hipertensión (tensión arterial elevada) o enfermedad respiratoria o cardiovascular crónicas
- complicaciones relacionada con el cordón umbilical • escaso crecimiento intrauterino

La prematuridad no es un factor de riesgo. De hecho, el SAM es muy poco frecuente en bebés de menos de 34 semanas de edad gestacional.

Signos y síntomas

En el momento del nacimiento probablemente el médico detectará uno o más síntomas de SAM, incluyendo:

- restos de meconio, es decir, manchas o vetas de color verde oscuro en el líquido amniótico
- piel azulada (cianosis) o verdosa (debido a las manchas de meconio) en el recién nacido
- problemas respiratorios —incluyendo respiración rápida (taquipnea), respiración dificultosa o suspensión de la respiración (apnea) en el recién nacido
- baja frecuencia cardíaca (bradicardia) en el bebé antes de nacer
- baja puntuación en la escala Apgar
- flacidez
- posmaduridad (signos de que el bebé ha nacido con retraso, como uñas largas)

Diagnóstico

Si se cree que un bebé ha inhalado meconio, el tratamiento empezará durante el parto. Si el bebé tiene dificultades para respirar, el pediatra le introducirá un laringoscopio en la tráquea para extraerle cualquier resto de meconio. Probablemente también le auscultará el pecho con un estetoscopio en busca de los sonidos típicos de los bebés con SAM.

Es posible que el pediatra también solicite algunas pruebas, como un análisis de sangre (de gases sanguíneos) que ayuda a determinar si un bebé está obteniendo suficiente oxígeno, y una radiografía de tórax para detectar los parches o vetas en los pulmones propios de los bebés con SAM.

Tratamiento

Actualmente se recomienda que, si un bebé ha inhalado meconio pero se le ve activo, tiene buen aspecto y tiene un latido cardíaco fuerte (>100 latidos por minuto), el equipo que asiste el parto solo observará al bebé para detectar posibles signos de síndrome de aspiración de meconio, que suelen aparecer durante las primeras 24 horas. Por lo tanto, se observará atentamente al bebé por si presentara incremento de la frecuencia respiratoria, emisión de sonidos roncocal respirar o cianosis.

Si el bebé ha inhalado meconio y da muestras de escaso nivel de actividad, tiene una frecuencia cardíaca baja (<100 latidos por minuto), está flácido y tiene poco tono muscular, se le deberán desobstruir las vías respiratorias lo antes posible a fin de reducir la cantidad de meconio aspirado.

Esto se consigue introduciendo un tubo endotraqueal en la tráquea del bebé a través de la boca o la nariz y succionando mientras se va extrayendo lentamente el tubo. Lo que permite succionar tanto las vías respiratorias altas como las bajas. El médico seguirá realizando esta operación hasta que no haya rastro de meconio en los fluidos succionados.

La mayoría de bebés con SAM mejoran en pocos días o semanas, dependiendo de la gravedad de la aspiración. Aunque pueden presentar taquipnea durante varios días tras el nacimiento, no les suelen quedar lesiones pulmonares graves permanentes. De todos modos, hay estudios que indican que los bebés que nacen con síndrome de aspiración de meconio corren más riesgo de desarrollar enfermedad reactiva de las vías respiratorias.

Los bebés con SAM pueden ingresar en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) para que los puedan monitorizar atentamente durante los días inmediatamente posteriores al nacimiento. Su tratamiento puede incluir:

- oxigenoterapia, sea con mascarilla de oxígeno o respirador
- antibióticos
- uso de agentes tensioactivos
- óxido nítrico
- extraerles sangre periódicamente para medir si están recibiendo suficiente oxígeno

Los bebés con aspiración grave y que requieren respiración asistida tienen un riesgo más elevado de padecer displasia broncopulmonar, una afección pulmonar que puede tratarse con medicamentos y oxígeno. Otra complicación asociada al SAM es el colapso pulmonar. También conocido como neumotórax, se trata volviendo a inflar los pulmones (insertando un tubo entre las costillas y permitiendo que los pulmones se vayan expandiendo progresivamente).

Aunque es algo muy poco frecuente, un porcentaje reducido de bebés con síndrome de aspiración de meconio grave desarrollan neumonía por aspiración. En estos casos, es posible que el médico recomiende utilizar técnicas de rescate pulmonar avanzadas.

En la actualidad se utilizan tres tratamientos en los casos de neumonía por aspiración y en las formas más graves de SAM(6):

- Tratamiento con agentes tensioactivos o surfactantes — se instilan agentes tensioactivos artificiales en los pulmones del bebé que ayudan a mantener abiertos los alvéolos pulmonares.
- Oscilación de alta frecuencia —se utiliza un respirador especial que hace vibrar aire enriquecido con una concentración de oxígeno superior a la habitual en el interior de los pulmones del bebé.
- Tratamiento de rescate —se añade óxido nítrico al oxígeno del respirador. Así se consigue dilatar los vasos sanguíneos, lo que permite que los pulmones del bebé se irrigen con más sangre y, por lo tanto, les llegue más oxígeno.

Si estos tratamientos (o una combinación de ellos) no funcionan, todavía queda otra alternativa. La oxigenación por membrana extracorpórea (OMECE –o ECMO por las siglas inglesas) es una forma de bypass cardiopulmonar, lo que significa que un corazón y pulmón artificiales asumen temporalmente la función de proveer sangre al cuerpo del bebé. La OMECE reduce la tasa de mortalidad de los lactantes gravemente afectados del 80% al 10%. No todos los hospitales poseen esta tecnología, de modo que los bebés que requieren OMECE a veces deben ser trasladados a otro hospital.

Los bebés que han sufrido un síndrome de aspiración de meconio grave es probable que, tras salir del hospital, sean enviados a casa con oxígeno. Estos bebés tienen más probabilidades de tener sibilancias (emisión de un silbido al inspirar, que coloquialmente se conoce como “pitos”), y de contraer infecciones pulmonares durante el primer año de vida..

Los bebés gravemente afectados corren el riesgo de desarrollar enfermedad pulmonar crónica y también pueden presentar anomalías en el desarrollo y deficiencias auditivas. A los bebés a quienes les diagnostican un síndrome de aspiración de meconio en el hospital les hacen pruebas de cribado para detectarles posibles deficiencias auditivas o lesiones neurológicas. Aunque es muy poco frecuente, los casos graves de síndrome de aspiración de meconio pueden ser mortales. No obstante, los estudios indican que los fallecimientos por síndrome de aspiración de meconio han disminuido significativamente gracias a intervenciones como la succión del meconio y la reducción de los nacimientos postérmino.

Reanimación de bebés con líquido amniótico teñido de meconio(4)

- Una vez identificado el problema, durante el trabajo de parto deben estar presente un profesional entrenado para obtener muestras fetales y un neonatólogo en el momento del nacimiento.
- Aspirar la nasofaringe y la orofaringe antes de la expulsión de hombros y tronco.
- Solo aspirar las vías aéreas superiores si el bebé tiene meconio espeso o persistente en la orofaringe.
 - Si los signos vitales están deprimidos, el neonatólogo entrenado deberá hacer laringoscopia y aspiración bajo visión directa.

- Si ha habido una tinción con meconio importante y el bebé está en buenas condiciones, se requiere un control minucioso de los signos del distrés respiratorio. Este control se hará a las 1 y 2 horas de vida y luego 2 veces por hora, hasta las 12 horas de vida e incluye:

- Confort general
- Movimientos torácicos y aleteo nasal
- Coloración de la piel incluyendo la perfusión
- Alimentación
- Tono muscular
- Temperatura
- Frecuencia cardíaca y respiratoria
- Si la tinción de meconio es leve, el bebé debe ser observado a las 1 y 2 horas y revisado por el neonatólogo si las condiciones se alteran.

Complicaciones

El SAM puede evolucionar hacia el neumotórax, el neumomediastino, el neumopericardio o el neumoperitoneo. Aparecen en el 15-20% de los bebés no ventilados y en el 30-50% de los niños que requieren ventilación intermitente con presión positiva. El deterioro brusco del estado clínico debe hacer sospechar el neumotórax. Debido a la tensión y al gas presentes en el espacio pleural, ambos pulmonares pueden estar colapsados, lo que constituye una emergencia y está indicada la aspiración del aire por punción torácica.

Hipertensión pulmonar persistente del recién nacido (HPPRN): está causada por la exposición del bebé al estrés crónico intraútero y al engrosamiento de los vasos pulmonares, lo que produce vasoconstricción pulmonar. Se caracteriza por el “shunt” de derecha a izquierda a través del conducto arterial permeable o el foramen oval, producto de la vasoconstricción pulmonar. Posteriormente, aparecen la hipoxia, la acidosis metabólica y la vasoconstricción pulmonar conformando un círculo vicioso. En general, responde rápido a la inhalación de óxido nítrico y ventilación convencional.

Otras complicaciones: infección, daño neurológico grave secundario a la encefalopatía isquémica hipóxica y a problemas postextubación. La aparición de asfixia al nacer puede provocar un cuadro de coagulación intravascular diseminada.

Prevención

Si una mujer embarazada, al romper aguas, constata que su líquido amniótico es de color verde oscuro o contiene manchas o vetas de este color – indicativas de la presencia de meconio-, es muy importante que informe al médico al respecto. Los médicos también utilizan la monitorización fetal durante el parto para observar la frecuencia cardíaca del bebé, por si este presentara signos de sufrimiento fetal. En algunos casos los médicos pueden recomendar la amnioinfusión (infusión de solución salina en la cavidad amniótica), para eliminar el meconio del saco amniótico antes de que el bebé pueda inhalarlo durante el parto.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Aunque el síndrome de aspiración de meconio es una complicación del parto que puede asustar bastante a los padres que están esperando un bebé, la mayoría de casos no son graves. En la mayoría de partos se utiliza la monitorización fetal, y los médicos prestan mucha atención a cualquier signo que podría indicar que el bebé ha aspirado meconio. La aspiración de meconio puede producirse durante el parto o al comenzar la respiración neonatal(9).

El estrés fisiológico durante el trabajo de parto y el parto (p. ej., secundario a hipoxia causada por compresión del cordón umbilical o a insuficiencia placentaria o causado por infección) puede hacer que el feto elimine meconio en el líquido amniótico antes del parto; se observa eliminación de meconio en alrededor del 10 a 15% de los nacimientos(7-8).

Conceptos clave

- La presencia de meconio en el líquido amniótico es un signo que advierte sufrimiento fetal y exige una supervisión cuidadosa del trabajo de parto con una adecuada evaluación de la salud fetal.
- Aproximadamente el 5% de los recién nacidos con eliminación de meconio lo aspiran, lo que desencadena lesión pulmonar y dificultad respiratoria.
- Se sospecha el diagnóstico cuando se presenta dificultad respiratoria en neonatos que tenían líquido amniótico teñido con meconio. Los neonatos pueden tener taquipnea, aleteo nasal, retracciones, cianosis o desaturación, estertores, roncus y tinción meconial visible en la orofaringe.

- Los recién nacidos postérmino que nacen a través de un volumen reducido de líquido amniótico están expuestos a un riesgo de enfermedad más grave, porque es más probable que el meconio menos diluido cause obstrucción de las vías respiratorias.
- Se realizarán hemocultivos y cultivos de aspirado traqueal para descartar neumonía.
- Después del parto, aspirar a los lactantes que tienen signos de obstrucción respiratoria; si hay esfuerzo respiratorio débil o bradicardia, insertar un tubo endotraqueal y aspirar utilizando un aspirador de meconio.
- Los bebés pueden necesitar apoyo extra con la respiración y la alimentación, en algunos casos. Estas necesidades de apoyo con frecuencia desaparecen en 2 a 4 días. Sin embargo, la respiración acelerada puede continuar durante varios días

- Los casos graves requieren ventilación mecánica y, a veces antibióticos, óxido nítrico inhalado, o OMEC.
- Los recién nacidos con síndrome de aspiración de meconio pueden presentar un mayor riesgo de asma en etapas ulteriores de la vida.
- El SAM rara vez lleva a daño pulmonar permanente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Acosta JM. Revista Rol de Enfermería 2018;41(6): 428-432 ID MEDES: 137829 Disponible en: <https://medes.com/publication/137829> [Noviembre, 2018].
2. Síndrome de Aspiración del meconio. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001596.htm>.
Ultima revisión 12/13/2017. [Noviembre, 2018].
3. Coto Cotalle GD, López Sastre J, Fernández Colomer B, Álvarez Caro F, Ibáñez Fernández A. Recién nacido a término con dificultad respiratoria: enfoque diagnóstico y terapéutico. Protocolos de la Asociación española de Neonatología.

4. Síndrome de Aspiración del meconio. Tratamiento de los diversos grados de síndrome de aspiración de meconio. Disponible en: Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine 18:4 106. .[Noviembre, 2018].

5. Aspiración de Meconio. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/meconium-esp.html>. Revisado por: Jay S. Greenspan, MD. Última Revisión octubre de 2014.[Noviembre, 2018].

6. Wyckoff MH, Aziz K, Escobedo MB, et al. Part 13: Neonatal resuscitation: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation. 2015;132(18 Suppl 2):S543S560. PMID: 26473001 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26473001. [Noviembre, 2018].

7. Síndrome de aspiración de meconio. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/pediatría/trastornosrespiratorios-en-recién-nacidos,-lactantes-y-niños-pequeños/síndrome-deaspiración-de-meconio>. [Noviembre, 2018].

8. Valdés Moreno Jorge, Cardellá Rosales Lidia, Gómez Álvarez Ana María, Rojas Palacios Genny. Determinación de variables metabólicas en recién nacidos con presencia de meconio en el líquido amniótico. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2002 Dic [citado 2018 Nov 13]; 21(4): 248-252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002002000400005&lng=es.

9. Castro López Frank Wenceslao, Labarrere Cruz Yureisy, González Hernández Gretel, Barrios Rentería Yamilé. Factores de riesgo del Síndrome Dificultad Respiratoria de origen pulmonar en el recién nacido. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2007 Sep [citado 2018 Nov 15] ; 23(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192007000300005&lng=es. [Noviembre, 2018].

TEMA 92. MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.

**TAMARA GIL BLANCO
ANA MARÍA PARRA CRUZ
BARBARA ROJAS SALINERO**

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. SÍNTOMAS**
- 3. PRUEBAS Y EXÁMENES**
- 4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
- 5. TRATAMIENTO**
- 6. COMPLICACIONES**
- 7. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

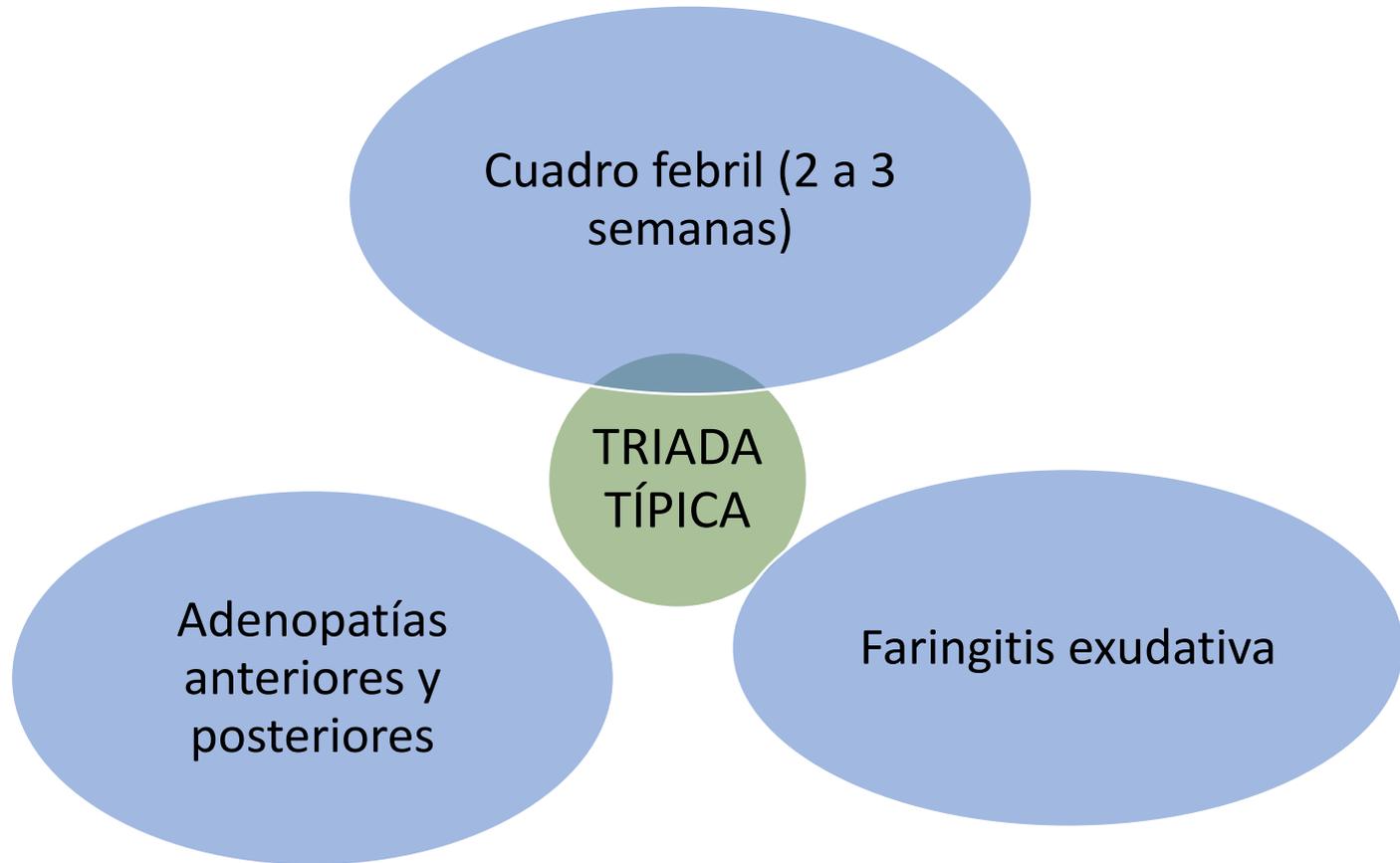
Infección causada por el virus de Epstein-Barr. En raras ocasiones puede ser ocasionada por otros virus como el citomegalovirus (CMV).

Ocurre con mayor frecuencia en personas de 10-19 años (6-8 casos por 1000 personas/año), aunque se puede tener a cualquier edad. La mayoría de las infecciones por este virus son subdiagnosticadas.

El virus de Epstein-Barr es miembro de la familia de herpes virus, se disemina a través de la saliva y es por ello que a veces se la llama "enfermedad del beso.", pero se ha reportado la existencia del virus en secreciones genitales, lo que sugiere que podría ocurrir la transmisión sexual.

El período de incubación del virus es de 4 a 8 semanas.

2. SÍNTOMAS



En la fase prodrómica se observa decaimiento, anorexia, fatigabilidad, cefalea y fiebre. Los síntomas alcanzan habitualmente su mayor intensidad al final de la primera semana y declinan progresivamente durante las próximas semanas (1 a 3 semanas).

Las manifestaciones infrecuentes de la MI asociada a VEB incluyen obstrucción de la vía aérea, dolor abdominal, exantema, hepatomegalia, ictericia, esplenomegalia y edema palpebral.

3. PRUEBAS Y EXÁMENES

Sospecha clínica de mononucleosis infecciosa: fiebre, faringitis exudativa y adenopatías cervicales.

Diagnóstico de mononucleosis infecciosa: cuadro clínico, linfocitosis, linfocitosis atípica y anticuerpos positivos.

Anticuerpos específicos para el VEB

ANTICUERPO	APARICIÓN	PERSISTENCIA	UTILIDAD
Anti-VCA IgM	Precozmente en fase aguda	6 meses	Diagnostica primoinfección
Anti-VCA IgG	Precozmente en fase aguda (1 a 2 semanas)	Toda la vida	Diagnostica infección aguda o pasada
Anti-EA	3 a 4 semanas	3 a 6 meses	En enfermedad prolongada o grave
Anti-EBNA	6 a 12 semanas	Toda la vida	Tardíos

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Citomegalovirus**
- Toxoplasmosis
- Hepatitis viral aguda
- Herpes virus
- Reacción a drogas
- Cuadro agudo de VIH
- Faringitis estreptocócica

5. TRATAMIENTO

No existe terapia específica, y los antivirales, como el aciclovir, tienen poco o ningún beneficio.

Se suele recurrir a mejorar los síntomas:

- Analgésicos y antipiréticos
- Gárgaras con agua tibia y sal
- Abundantes líquidos
- Reposo
- Medicamentos esteroideos si síntomas graves

6. COMPLICACIONES

- **Ruptura esplénica:** Es la más grave. Se estima en 0.1-0.5% de los casos de MI y tiene una mortalidad cercana al 30%. Se debe evitar ejercicio intenso al menos 5-6 semanas.
- Anemia.
- Hepatitis con ictericia (más común en pacientes mayores de 35 años).
- Inflamación o hinchazón de los testículos.
- Problemas del sistema nervioso (infrecuentes) como el síndrome de Guillain-Barre, meningitis, crisis hepilépticas, parálisis de Bell y movimientos descoordinados.
- Erupción cutánea (infrecuente).

7. BIBLIOGRAFÍA

1. *Lara Vega P. Mononucleosis infecciosa (Revisión bibliográfica). Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. LXVI (587) 73-77; 2009.*
2. *Fica C. A. Síndrome de mononucleosis infecciosa en pacientes adolescentes y adultos. Revista chilena de infectología. 2003;20(4).*
3. *Kasper D, Fauci A, Hauser S. Harrison. Principios de medicina interna. Vol I y II (19a. ed.). McGraw-Hill Interamericana; 2016.*

TEMA 93. EL MEDIO AMBIENTE Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD.

ESTEFANÍA BELLÓN DEL PEÑO

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. DEFINICIONES**
- 3. TIPOS DE PELIGROS**
 - 3.1 PELIGROS TRADICIONALES**
 - 3.2 PELIGROS MODERNOS**
- 4. RESIDUOS SÓLIDOS Y SALUD**
- 5 . BIBLIOGRAFÍA**

1.INTRODUCCIÓN

Los seres humanos dependen del medio ambiente que los rodea para satisfacer sus necesidades de salud y supervivencia, y aunque presentan resistencia a acontecimientos o condiciones ambientales nocivos, su salud es vulnerable a dichas condiciones.

Cuando el medio ambiente deja de satisfacer las necesidades básicas y al mismo tiempo presenta numerosos riesgos, la calidad de vida y la salud de las personas se ve muy afectada.

2.DEFINICIONES

Medio ambiente: se refiere a todo lo que rodea a un objeto o a cualquier otra entidad. El hombre experimenta el medio ambiente en que vive como un conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas que difieren según el lugar geográfico, la infraestructura, la estación, el momento del día y la actividad realizada.

Peligro: es el potencial que tiene un agente ambiental para afectar la salud. Los diferentes peligros ambientales pueden dividirse en “peligros tradicionales” ligados a la ausencia de desarrollo, y “peligros modernos”, dependientes de un desarrollo insostenible.

3. TIPOS DE PELIGROS

3.1 PELIGROS TRADICIONALES Relacionados con la pobreza y el desarrollo insuficiente. Ejemplos:

- falta de acceso al agua potable
- contaminación de los alimentos por microorganismos patógenos
- sistemas insuficientes y/o inadecuados de disposición de residuos sólidos.
- vectores de enfermedades, especialmente insectos y roedores.
 - Viviendas y refugios insalubres
 - Agentes infecciosos

3.2 PELIGROS MODERNOS

Ligados a un “desarrollo rápido”(que no tiene en cuenta a la salud y el medio ambiente) y a un “consumo insostenible” de los recursos naturales. Ejemplos:

- Contaminación del agua por los núcleos de población, la industria y la agricultura intensiva.
- Contaminación del aire urbano por las emisiones de los motores de vehículos, las centrales energéticas de carbón y la industria
- Deforestación, degradación del suelo y otros cambios ecológicos importantes en los niveles locales y regionales.
- Cambio climático, agotamiento de la capa de ozono de la estratosfera y contaminación transfronteriza.
- Riesgos químicos y por radiación debidos a la introducción de tecnologías industriales y agrícolas.

4. RESIDUOS SÓLIDOS Y SALUD

Las basuras orgánicas domésticas suponen un riesgo especial para la salud, ya que su fermentación crea las condiciones idóneas para la supervivencia de microorganismos, sobre todo cuando se mezclan con las excretas humanas en ausencia de sistemas de saneamiento. Estos residuos orgánicos proporcionan también nutrición y un medio ambiente natural para los insectos, roedores y otros animales que son portadores potenciales de gérmenes.

El vertido directo de residuos sólidos no tratados en ríos, lagos, o mares provoca también la acumulación de sustancias tóxicas en la cadena alimentaria, a través de su captación por animales y plantas

5. RIESGOS ASOCIADOS A LA MANIPULACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS

- **INFECCIONES** o infecciones cutáneas y de la sangre debidas al contacto directo con los desechos y a partir de heridas infectadas o infecciones oculares y respiratorias secundarias a la exposición a polvos infectados, especialmente durante las operaciones de descarga en vertederos o zoonosis debidas a las mordeduras de animales salvajes o abandonados que se alimentan de las basuras o infecciones intestinales transmitidas por moscas que se alimentan de las basuras

- **ENFERMEDADES CRÓNICAS** o los operadores de las incineradoras corren mayor riesgo de enfermedades respiratorias crónicas, incluido el cáncer secundario a la exposición a polvos y compuestos peligrosos.
- **ACCIDENTES** o trastornos musculo esqueléticos debidos al manejo de contenedores pesados o heridas, casi siempre infectadas, debidas al contacto con objetos punzantes o intoxicaciones y quemaduras químicas por el contacto con pequeñas cantidades de residuos químicos peligrosos mezclados con los desechos generales o quemaduras y otras lesiones por accidentes laborales en las instalaciones de eliminación de desechos o por explosiones de gas metano en los vertederos.

5. BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud y el ambiente en el desarrollo sostenible. OPS. 2000:107

Webs:

<http://www.ecodes.org/salud-calidad-aire>

<https://ecodes.org/salud-y-medio-ambiente-ecodes/seminario-salud-y-medio-ambiente>

TEMA 94. PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS EN EL ENFERMO TERMINAL.

**MARIA TERESA ZAMORA GARCÍA
ANA ISABEL PÉREZ RAMOS**

- **INTRODUCCIÓN**
- **CUIDADOS DE HIGIENE**
- **CUIDADOS DE LA PIEL**
- **CUIDADOS DE LA BOCA**

INTRODUCCIÓN

Cuando a un enfermo se le diagnóstica una enfermedad incurable, sufre un gran impacto psicoemocional, que afectará a muchos aspectos de su vida y de los que le rodean. Primera labor será el bienestar físico y psíquico del enfermo y su familia.

No vamos a salvarle la vida al paciente, pero si mejorar la calidad de vida.

CUIDADO DE LA HIGIENE

En la fase avanzada de la debilidad y enfermedad extrema los cuidados se harán en el momento adecuado y el número de veces necesarias, cuando el paciente está más fuerte, después de tomar un analgésico.

Cuidado de los ojos con suero fisiológico; insistir en el cuidado de cabellos, piel y uñas, para que el paciente se vea bien.

Permitir que se maquille, perfumarse, elegir ropas, complementos y todo con lo que el enfermo se identifique.

Proporcionarle todos los enseres personales para que los tenga de su mano para su independencia y no tener que pedir todo

CUIDADOS DE LA PIEL

Los enfermos terminales presentan problemas en la piel debido a la desnutrición y deshidratación. El objetivo es mantener la integridad de la piel prevenir infecciones y la aparición de úlceras.

Piel seca: causada por deshidratación, higiene deficiente...

El aseo con jabón ph neutro, secando la piel suavemente y aplicando cremas emolientes después del baño.

Piel húmeda: la prioridad será mantener los genitales y pliegues cutáneos bien secos para que no aparezcan llagas que son incomodas y dolorosas

Cuidados de la boca

Prevención de la aparición de complicaciones, manejo del dolor, limpieza y humedad, y evitar colonización bacteriana.

Boca en mal estado: el enfermo se aislará porque el mal estado de la boca lo limita a la comunicación oral, a comer, beber, hablar, besar... Los cuidados de la boca se dirigirán a limpiar, hidratar, refrescar y aliviar los dolores por las lesiones

Boca seca: puede estar originada por fármacos, deshidratación, radioterapia, quimioterapia, etc... Para aumentar la salivación pueden chupar trozos de piña, cubitos de hielo con el aroma preferido del paciente, mezclar manzanilla+limón o utilizar salivas artificiales y chupar pastillas de vitamina C

BIBLIOGRAFÍA

- 12. LIC. MODESTO CRESPO LIMA M. Cuidados Paliativos al Enfermo Terminal. Buenas Prácticas de Enfermería - Monografias.com [Internet]. Monografias.com. 2019 [cited 17 June 2019]. Available from:
<https://www.monografias.com/trabajos32/enfermeria-paciente-terminal/enfermeria-paciente-terminal.shtml>

**TEMA 95. PAPEL DEL ULTRASONIDO
CEREBRAL EN LA DETECCIÓN DEL
DAÑO Y VIGILANCIA DE LA
HEMORRAGIA CEREBRAL EN RECIÉN
NACIDOS PREMATUROS.**

ANA MILENA MUÑOZ

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. PAPEL DE LA ECOGRAFÍA Y PROTOCOLO**
- 3. EVALUACIÓN DE LA PATOLOGÍA DEL PREMATURO:
HEMORRAGIA DE LA MATRIZ GERMINAL.**
- 4. CONCLUSIONES**
- 5. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

La prematuridad representa un importante problema de salud y una carga importante para el sistema sanitario debido a su morbimortalidad y las secuelas derivadas de patología del neurodesarrollo.

La ecografía cerebral transfontanelar es una herramienta indispensable en la evaluación de la neuroanatomía y en el diagnóstico de la patología cerebral en el prematuro.

El recién nacido prematuro presenta un riesgo elevado de sufrir complicaciones cerebrales siendo la más frecuente la hemorragia de la matriz germinal.

2. PAPEL DE LA ECOGRAFÍA Y PROTOCOLO

La ecografía es una herramienta con múltiples ventajas en prematuros ya que no emite radiación ionizante, está ampliamente disponible en el medio hospitalario y está ligada a un bajo coste en comparación con otras técnicas usadas en la población pediátrica como la resonancia magnética.

Utilizaremos transductores lineales de alta resolución en la mayoría de los casos, siendo la ventana acústica más empleada la fontanela anterior.

El estudio básico incluirá el modo B y la ampliación con estudio Doppler color y pulsado intracraneal.

Se llevará a cabo un análisis minucioso neuroanatómico en diferentes planos, tanto coronales como sagitales, a través de las fontanelas.

En el protocolo de actuación es muy importante tener una adecuada asepsia y es aconsejable realizar el estudio entre los 3 primeros días y la semana de vida, con controles en caso de patología, adecuados a la evolución clínica del prematuro.

3. EVALUACIÓN DE LA PATOLOGÍA DEL PREMATURO: HEMORRAGIA DE LA MATRIZ GERMINAL.

La ecografía cerebral transfontanelar es la primera prueba de elección en el estudio de la patología cerebral neonatal especialmente en prematuros ya que la hemorragia de la matriz germinal es una de las complicaciones más frecuentes en ellos.

El 90% de las hemorragias intraventriculares en los niños prematuros tienen lugar en la matriz germinal, siendo mucho menos frecuentes las del plexo coroideo.

La matriz germinal es un tejido subependimario adyacente a los ventrículos laterales, en la escotadura caudotalámica, muy vascularizado y débil, siendo los principales factores de riesgo para su sangrado la edad gestacional y el bajo peso.

Es una estructura transitoria del cerebro fetal, que involuciona hasta desaparecer hacia las 32-34 semanas.

El ultrasonido permite su diagnóstico y clasificarla en cuatro grados que desglosamos a continuación.

- Grado I o hemorragia de matriz germinal subependimaria confinada al surco caudotalámico.
- Grado II o hemorragia intraventricular que no dilata la luz de los ventrículos.
- Grado III o hemorragia intraventricular que asocia dilatación ventricular desde el inicio.
- Grado IV que asocia afectación parenquimatosa.

Sus potenciales complicaciones también evaluadas con ecografía son la hidrocefalia posthemorrágica y la hipertensión intracraneal.

4. CONCLUSIONES

La ecografía cerebral transfontanelar permite el diagnóstico precoz de la hemorragia cerebral en prematuros, que conduce al inicio de terapias de rehabilitación de forma que permitan la prevención del daño neurológico.

También permite la vigilancia estrecha de la evolución y el diagnóstico de potenciales complicaciones para un tratamiento precoz.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Corinne Veyrac, Alain Couture, Magaly Saguintaah, et al. Brain ultrasonography in the premature infant. *Pediatr Radiol* 2006; 36: 626-635.
- Llorens Salvador R, Moreno-Flores A. El ABC de la ecografía transfontanelar y más. *Radiología* 2016; 58: 129-141.

TEMA 96. PROBLEMAS SOCIALES.

VANESA FERNÁNDEZ NUÑEZ

ÍNDICE

- **PROBLEMAS SOCIALES EN EL SISTEMA**
- **PROBLEMAS MÁS PREOCUPANTES**
- **OMS**

PROBLEMAS SOCIALES EN EL SISTEMA

A la consulta médica no sólo llegan demandas sanitarias, sino que también los problemas sociales hacen acto de presencia en ellas.

Los médicos necesitan adquirir nuevas capacidades, para intentar dar respuesta a estas situaciones (como es el caso del fenómeno de la inmigración), si bien es indispensable el apoyo por parte del sistema sanitario y de la sociedad misma, suelen encontrarse en el origen de muchas de las alteraciones de la salud

En general, los problemas sociales se asocian a pobreza. Quizá por ello sobresale tanto la violencia entre sexos, y en la familia, que se distribuye por igual en todas las capas sociales. Aun en este caso, las consecuencias en salud son peores cuando hay pobreza.

También la drogadicción existe en todas las clases sociales, con una distribución distinta en su uso y en sus consecuencias. La Pobreza es más frecuente de lo que se piensa, en España afectaba al 20% de la población en 2004, según la Encuesta de Condiciones de Vida realizada por el Instituto Nacional de Estadística.

Son españoles que viven con menos de 369 euros mensuales, básicamente ancianos o mujeres separadas. A diferencia de otros países europeos, en España la situación ha aumentado la brecha entre ricos y pobres, empeorado las condiciones de vida de los ancianos, persiste la desigualdad entre hombres y mujeres, y desequilibrios entre comunidades autónomas.

PROBLEMAS MÁS PREOCUPANTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte de los principales problemas sanitarios del planeta:

- + Brote de ébola

- + Polio

- + Tuberculosis

- + Cólera

- + Gripe pandémica

- + Tecnología de asistencia: necesidad de transportes mecánicos (sillas de ruedas, andadores, muletas....).

- + Actividad física: El 23% de los adultos y el 81% de los adolescentes de entre 11 y 17 años no cumplen con las recomendaciones globales de [actividad física](#).

- + Fiebre reumática y enfermedad cardíaca reumática: surge de la fiebre reumática aguda, es más frecuente en la infancia y afecta de manera desproporcionada a niñas y mujeres.

OMS

La [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), en inglés [WHO - World Health Organization](#)) es un organismo especializado de las Naciones Unidas fundado en 1948, cuyo **objetivo** es alcanzar para todos los pueblos el máximo grado de salud, definida en su Constitución como *un estado de completo bienestar físico, mental y social*, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

La OMS presta especial atención a la lucha contra los problemas sanitarios más importantes, sobre todo en los países en desarrollo y en contextos de crisis.

sus expertos elaboran directrices y normas sanitarias, ayudan a los países a abordar cuestiones de salud pública y se fomenta la investigación sanitaria. Por mediación de la OMS, los gobiernos pueden afrontar conjuntamente los problemas sanitarios mundiales y mejorar el bienestar de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

- <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/los-problemas-sociales-y-el-sistema-sanitario.pdf>
- https://elpais.com/elpais/2018/05/25/planeta_futuro/1527267380_857400.html
- <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS.aspx>

TEMA 97. ENVEJECIMIENTO ACTIVO.

ADRIANA CAMPILLO CASO

ROSA ELENA ALVES RUBIO

MARIA JOSÉ PÉREZ BORREGO

PATRICIA VEGA TORRES

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD EN LA VEJEZ**
- **HÁBITOS CLAVE PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE**
- **OBJETIVOS**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud definió a finales del siglo XX el término envejecimiento activo, con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable”. Se entiende por envejecimiento activo “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. Más concretamente indica que es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia”. OMS (2002:79)

Señala Martínez Rodríguez (2006:51) que, “envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones: envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad. Si importante son estos tres pilares, más importante aún es el significado que demos al término “Activo” y a las implicaciones que ello conlleva”.

Todo ello repercutirá positivamente en el proceso individual de envejecimiento, pero también en el proceso de construir una sociedad mejor.

El marco político de la Organización Mundial de la Salud reconoce seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo:

- Económicos
- Conductuales
- Personales
- Sociales
- Relacionados con sistemas sanitarios y sociales
- Relacionados con el entorno físico.

Como sabemos, en muchos casos después de la jubilación, disminuyen los ingresos percibidos por las personas mayores y sobre todo los percibidos por las mujeres, ya que la gran mayoría han desarrollado su proyecto de vida únicamente en el ámbito familiar y han desempeñado un papel de cuidadoras, por lo que muchas de ellas llegan a edades avanzadas con pocos recursos económicos y falta de formación. Cabe destacar que “en el caso de las mujeres mayores, su contacto con la educación formal ha sido en muchos casos irregular y deficitario. Las carencias educativas derivadas de una desigualdad ante la educación propia de su contexto generacional e histórico, ha condicionado y en muchos casos, limitado, su vida ocupacional, relegándolas de forma casi exclusiva al ámbito doméstico con tareas centradas básicamente en el ejercicio del cuidado”. Serdio, Díaz y Torrubia (2009). Las políticas de Envejecimiento Activo deben reducir la pobreza de este colectivo.

CARACTERÍSTICAS DE SALUD EN LA VEJEZ

La vejez es un proceso fisiológico de todo ser humano mediante el cual se experimentan cambios físicos acompañados de cambios psicológicos y sociales. Envejecer es algo inevitable y natural, es un proceso gradual.

Se dice que a partir de los 65 años comienza la tercera edad. En ese momento, la persona suele experimentar un momento caótico en su vida, ya que se enfrenta a una serie de cambios, como los citados anteriormente, ante los cuales no sabe reaccionar.

De acuerdo con Erikson “las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida, la manera como han vivido, con el fin de aceptar su muerte próxima.

Luchan por lograr un sentido de integridad, de coherencia y totalidad de la vida, en vez de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente”.

Anteriormente hablábamos de que la vejez es algo inevitable, sin embargo, es un mal que puede aliviarse en muchos aspectos, ya que, si lo observamos detalladamente, el proceso de envejecer puede ser mucho más sencillo que el proceso de crecer. Una persona “vieja” es aquella que se estanca, que considera que ha llegado a su límite para hacer cosas. Esto no significa que no se tenga en cuenta el hecho irrefutable de los años, si no que se envejece porque se permite que el tiempo pase por encima de cada uno de nosotros sin aprovecharlo como se debe. En casi todas las etapas de la vida, incluyendo la vejez, se podría haber dado más de lo que se ha dado.

En la sociedad actual, que envejece a un ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales. El aumento de la esperanza de vida, el descenso de la natalidad, los cambios en el estatus de las mujeres y los cambios en la estructura de las familias han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

El sector de la tercera edad no es un sector homogéneo, cada persona pasa por unos procesos cognitivos diferentes en función de las experiencias vividas y de sus sensibilidades, por lo tanto, no todas las personas envejecen de la misma manera.

Es cierto que existen una serie de cambios comunes que se pueden producir en la vejez:

- Cambios fisiológicos: cambia la estructura corporal, se pierde elasticidad e hidratación en la piel, las células envejecen y aparecen arrugas, menor capacidad de la piel para ejercer de barrera, así como la probabilidad de presentar dermatitis, escaras y laceraciones.

- Cambios nutricionales: las necesidades metabólicas cambian, por lo que la alimentación debe ser más específica.

- Cambios en la salud: aumentan las enfermedades de diferentes tipos. Al envejecer, es más probable que las personas presenten multimorbilidad, es decir, varias enfermedades crónicas al mismo tiempo.

- Cambios en la eliminación: pueden aparecer incontinencias, las cuales suponen unas consecuencias psicológicas y sociales muy importantes para el anciano. Se ha asociado con depresión, dependencia de cuidados y autopercepción negativa del estado de salud. Su prevalencia aumenta con la edad y es

- Cambios en el sueño: a lo largo de la vida, la estructura del sueño se modifica.

Conforme el individuo envejece, la cantidad total de tiempo que se invierte en el sueño lento se reduce y en consecuencia aumenta el tiempo de sueño ligero.

- Cambios en la percepción: los sentidos pueden verse afectados, lo que da lugar a problemas sensoriales (pérdida de audición y visión, disminución del gusto y el olfato, etc.).

- Cambios sexuales: por limitaciones físicas en órganos sexuales o por pensamientos erróneos establecidos por la sociedad.

- Cambios sociales: las relaciones sociales y los roles son distintos. En muchas ocasiones es la propia persona la que no se implica y pierde el interés en relacionarse.

- Cambios en autoconcepto: la imagen de uno mismo cambia, y suele convertirse en una imagen negativa que conduce a una disminución de la autoestima.

HABITOS CLAVE PARA UN ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

En palabras de la Doctora Fernández Ballesteros, “la promoción del envejecimiento activo es ciertamente la respuesta más inteligente a la revolución demográfica que supone un mundo envejecido, es también una manera óptima de prevenir la discapacidad en la vejez. Las instancias internacionales, los gobiernos (a nivel local, regional y estatal), las organizaciones no gubernamentales y los individuos, todos están comprometidos en promover el envejecimiento activo a lo largo de la vida, y particularmente, durante la vejez”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento saludable como “el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”. La habilidad funcional consiste en tener las capacidades necesarias que permitan:

- Satisfacer las necesidades básicas.
- Aprender, crecer y tomar decisiones.
- Poder moverse por uno mismo.
- Construir y mantener relaciones.
- Contribuir a la sociedad.

Diversas investigaciones han demostrado que existen hábitos que pueden mejorar nuestra calidad de vida.

- Nutrición y dieta
- Calidad del sueño
- Ejercicio físico
- Estrés

En palabras de Ramos (2003:96), “los organismos viejos y jóvenes actúan prácticamente igual sometidos a estrés, la actuación empeora en ambos grupos de edad, pero más deprisa en los ancianos”. Es necesario aprender a manejar de manera eficaz nuestras emociones, ya que como indica Ortega Navas (2009:42), son fundamentales “para el estado de la salud, bienestar y calidad de vida de las personas incidiendo tanto en la aparición y alteración de la enfermedad como en la recuperación de la misma”.

Es cada vez más necesario trabajar en la promoción de la salud y en la educación en hábitos saludables para lograr que la mayoría de la población perteneciente a la tercera edad lleve a cabo un envejecimiento activo y saludable, y con ello mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las características más relevantes del envejecimiento activo y saludable que se desarrolla en nuestra sociedad.

Como objetivos específicos podemos señalar los siguientes:

- Conocer y desarrollar los determinantes clave del envejecimiento activo
- Analizar las principales características de la salud en la vejez.
- Describir los principales hábitos clave para un envejecimiento saludable

CONCLUSIONES

Para muchas personas, el término envejecimiento activo todavía es relativamente novedoso, a pesar de la gran difusión que ha tenido en los últimos años.

Es el momento, independientemente de la edad, de que las personas mayores decidan su futuro y se conviertan en sujetos activos del diseño de las políticas que les repercuten.

Tienen derecho a decidir, equivocarse, y sobre todo a participar, ya que las personas mayores contribuyen al sostenimiento del estado de bienestar, mediante el apoyo a la familia, voluntariado, aportación económica, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Belsky, J. (2001). Psicología del envejecimiento. Madrid. Paraninfo.
- Limón, M.R (2009). Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud. Estrategias educativas en la salud de las personas mayores. Madrid.
- Limón, M.R., Ortega, M.C. (2011). Envejecimiento activo y mejora de la calidad de vida en adultos mayores. Revista de Psicología y Educación (6). (pp: 225-238)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre el envejecimiento activo y la salud.
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37 (2), 74-105.

- Pérez Serrano, G. (2004). Calidad de vida en personas mayores. Madrid: Dykinson
- Pinazo, S.; Lorente, X.; Limón, M.R. et al. (2010). Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida. Madrid: Panamericana.
- Ramos Monteagudo, A.M., Yordi García, C., Miranda Ramos, MA. (2016). El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Revista Archivo Médico de Camagüey. Cuba
- Regato Pajares, P. (2001). Encuentro de la red de envejecimiento saludable. IMSERSO. Madrid.
- Vicente López, J.M. (2011). Envejecimiento activo. Libro blanco. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid

**TEMA 98. CASO
CLÍNICO: HIPEREMESIS GRAVÍDICA.**

**LUCÍA MARTIÑO CANGA
LORENA GARCÍA ARIAS
CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA
LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA**

ÍNDICE

- **DESCRIPCIÓN**
- **EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
- **JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
- **PLAN DE CUIDADOS Y CONCLUSIONES**

DESCRIPCIÓN

Mujer secundigesta en el segundo trimestre de gestación que acude a urgencias refiriendo vómitos continuos durante más de 2 semanas, con empeoramiento en ésta última en la que se ve imposibilitada para una alimentación adecuada ya que no consigue realizar ingestas sin vómitos recurrentes tras ellas. Además se encuentra débil y con mareos que no le permiten realizar AVD con normalidad. No refiere dolor abdominal ni cefalea.

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIAS

Y

PRUEBAS

Gestante de 16 semanas de embarazo, piel seca, pálida. TA 90/50 FC 80 Afebril, latido fetal +, se realiza ECO Abdominal objetivado feto con características acordes a su edad gestación al, líquido amniótico normal y resto de anejos sin alteraciones. Adinámica Analítica sanguínea muestra hiponatremia, hipopotasemia y hemoconcentración.

JUICIO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hiperemesis gravídica gestacional.

Gastroenteritis, intoxicación alimentaria.

PLAN DE CUIDADOS Y CONCLUSIONES

Se implanta restauración hídrica a la gestante con sueroterapia en perfusión continua vía endovenosa, añadiendo

electrolitos y suplementos vitamínicos así como antieméticos para mantener el volumen de líquidos adecuado a su estado. Asimismo, permanecerá en dieta absoluta al menos 48 horas hasta la desaparición de emesis.

Es muy importante mantener una alimentación adecuada y equilibrada así como una hidratación óptima durante todo el embarazo y aún más en los primeros meses de gestación ya que es el periodo más delicado para el desarrollo fetal y la aparición de abortos. El aporte de ácido fólico y todo en este periodo es fundamental para contribuir a ello.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

Dr. Manuel Gallo Vallejo Introducción Libro Urgencias en obstetricia y medicina materno-fetal .2 ed.Santa Cruz: editorial Distribuna 2015

Artículo de revistas: Khadijah Ismail, et al. Review on 4. Hyperemesis Gravidarum, Best Practice and Research Clinical Gastroenterology (2007) 21: 755-769.

Página WEB :<https://americanpregnancy.org> › Home › Complicaciones del Embarazo.<https://www.em-consulte.com/es/article/.../vomitos-incoercibles-durante-el-embarazo>.

TEMA 99. SALUD AMBIENTAL.

MARÍA JOSE FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- **SALUD AMBIENTAL**
- **RAMAS DE MEDICINA AMBIENTAL**
- **SALUD AMBIENTAL EN ESPAÑA**

SALUD AMBIENTAL

Se ocupa de evaluar, controlar y corregir los factores que inciden negativamente en la salud de las personas. Se asocia a la lucha contra la contaminación.

Por ejemplo, una central que emite grandes cantidades de humo tóxico y cuyos vertidos contaminan el agua, es un problema de salud ambiental, ya que puede provocar desde intoxicaciones hasta un aumento en la incidencia de ciertos tipos de cánceres humanos.

La salud ambiental también tiene en cuenta el punto de vista sanitario, por ejemplo:

- + *Controlando el abastecimiento del agua*
- + *Controlando el calendario de vacunación de los niños y adultos*
- + *Evaluando el sistema de alcantarillado.*
- + *Revisando la higiene comunitaria o en el trabajo.*

Es posible dividir los factores ambientales en 3 grupos:

Factores físicos:

+ *Atmosféricos*: relacionados con la calidad del aire y el cambio climático. Influyen en nuestra salud física y anímica.

+ *Sidéricos*: generales del planeta como el sol y la luna. Influyen en las condiciones ambientales y, en la salud ambiental.

+ *Otros factores*: electrodomésticos, electricidad agua potable, equipos informáticos, maquinaria industrial,

Factores químicos:

Están en el aire, agua y productos cotidianos. En el organismo entran a través de la respiración, digestión o por contacto.

Factores biológicos:

Bacterias, virus, parásitos, microplasma, hongos, levaduras, vegetales y alérgenos de origen biológico.

RAMAS DE MEDICINA AMBIENTAL

+ **La toxicología**, disciplina integrante de la medicina ambiental más útil al momento de diagnosticar, tratar y emitir pronósticos de enfermedades ambientales.

+ **La clínica ambiental**, establece historias clínicas ambientales sin entrar masivamente en la medicina.

+ La mayoría de enfermedades ambientales no son diagnosticadas y por lo tanto no tratadas.

+ **La terapéutica ambiental**, ofrece tratamiento clínico y farmacoterapéutico. La homeopatía, la psicoterapia o medicinas alternativas y complementarias. Así, como limpieza ambiental.

SALUD AMBIENTAL EN ESPAÑA

Desde el Ministerio de Sanidad, además de llevar a cabo la coordinación de las actividades de salud ambiental, se tiene establecido un Observatorio de Salud y Cambio Climático, a través del cual se pretende monitorizar los resultados de las actuaciones sobre agua potable, calidad del aire, temperaturas extremas y control vectorial.

Las inspecciones recaen en las comunidades autónomas y ayuntamientos. Toman muestras de piscinas, zonas de baño (ríos, lagos y mar), planes de control vectorial (ratas, ratones, cucarachas, mosquitos), controlan empresas que producen y comercializan sustancias químicas, instalaciones de riesgo frente a legionelosis, se informa de la calidad del aire, niveles de polen y temperaturas. Se elaboran informes con riesgos potenciales para la salud de la población.

BIBLIOGRAFÍA

- + <https://www.ecologiaverde.com/que-es-salud-ambiental-definicion-y-ejemplos-1402.html>
- + https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_ambiental
- + <https://www.sanidadambiental.com/2014/09/22/dia-mundial-de-la-salud-ambiental-26-de-septiembre-abordando-las-desigualdades-en-salud-ambiental/>
- + <https://www.sanidadambiental.com/2014/09/22/dia-mundial-de-la-salud-ambiental-26-de-septiembre-abordando-las-desigualdades-en-salud-ambiental/>

TEMA 100. CAIDAS EN EL ANCIANO.

MARIA JOSE PEREZ BORREGO

PATRICIA VEGA TORRES

ADRIANA CAMPILLO CASO

ROSA ELENA ALVES RUBIO

ÍNDICE

- **CAUSAS DE LAS CAIDAS EN EL ANCIANO.**
- **PREVENCION DE CAIDAS.**

CAUSAS DE LAS CAIDAS EN EL ANCIANO

Debido a la inadaptación entre el anciano y su entorno, el riesgo de sufrir una caída, va aumentando a la vez que aumenta el número de factores de riesgo que existan en el ambiente del anciano.

- Causas geriátricas:

- Historia clínica. Antecedentes personales, tratamientos farmacológicos y enfermedades actuales.

- Edad. Mayores de 65 años y se da con mas frecuencia en las mujeres

- Valoración funcional: hay varias escalas: Barthel, índice de Katz y Braden.

-Evaluación mental: Las enfermedades psíquicas:: delirium, deterioro cognitivo, trastorno amnésico, depresión y alteraciones del comportamiento.

-Evaluación social:

a) El núcleo familiar o el cuidador principal.

b) Cómo se encuentra la vivienda: ya que la mayoría de las caídas se suelen suceder en la vivienda ,sobre todo al atardecer y por la noche, por lo que hay que tener en cuenta factores como la iluminación, escaleras, , alfombras, objetos a bajo nivel , funcionalidad del mobiliario, o accesibilidad al cuarto de baño.

c) Situación del entorno: estado de las calles, si hay rampas o ascensores ,son factores que pueden influir en el riesgo de sufrir una caída. En residencias geriátricas, son frecuentes las caídas en los primeros días de ingreso por el desconocimiento por parte del anciano de su nueva ubicación.

PREVENCION DE CAIDAS

-Hable con un médico.

Una conversación con su médico le ayudará a evaluar su riesgo y poder conocer medidas preventivas e indicarle medicamentos que puedan estar causando somnolencia o mareos.

-Pruebas de vista anuales.

Una revisión anual con el oculista asegurará que la persona puede ver correctamente y reducirá las posibilidades de caer debido a la mala visión.

-Ejercicios de fuerza y equilibrio.

Realizar ejercicios que se centren en el fortalecimiento de la parte inferior de su cuerpo y la mejora del equilibrio, como la espalda, la cadera y las piernas.

-Haga que su hogar sea más seguro.

Instale barras de agarre en cualquier lugar donde sea necesario caminar o ponerse de pie como en la bañera, la ducha y/o al lado del inodoro.

Coloque los pasamanos en ambos lados de las escaleras

Aumente la cantidad de luces en su hogar, para asegurar que el hogar esté bien iluminado.

BIBLIOGRAFÍA

- Geriatricarea.com. (2019). *Caídas en personas mayores: riesgo, causas y prevención*. [online] Available at: <https://geriatricarea.com/caidas-en-personas-mayores-riesgos-causas-y-prevencion/> [Accessed 19 Jun. 2019].
- Sintomastratamiento.com. (2019). *Caídas en el anciano: tratamiento, causas, síntomas, diagnóstico y prevención*. [online] Available at: <http://sintomastratamiento.com/dolor-enfermedad-trastorno/caidas-en-el-anciano-tratamiento-causas-sintomas-diagnostico-y-prevencion/> [Accessed 19 Jun. 2019].

TEMA 101. VIOLENCIA DE GÉNERO.

MARTA MARIA PEDRON FERNÁNDEZ

ÍNDICE

- **1. GENERALIDADES SOBRE LA VIOLENCIA DE GENERO**
- **2. CONTEXTO Y MODELOS CAUSALES DE LA VIOLENCIA DE GENERO**
- **3. FORMAS, CONSECUENCIAS Y COSTOS DE LA VIOLENCIA DE GENERO**

EJEMPLO 1

Consecuencias de la violencia de genero en la salud.

Las consecuencias son en primera instancia, a la victima, siendo estas negativas y van mas allá, llegando a su entorno mas próximo, como pueden ser hijos y padres de esta, así como a su núcleo mas cercano.

Los profesionales de la salud son piezas fundamentales, ya que por desgracia la primera emergencia ocurre ahí, son ellos los que presencian, escuchan y asesoran, interviniendo si es necesario para impedir una tragedia como puede ser, la muerte de esta victima.

La violencia, sin reiterarnos, produce graves consecuencias, tanto para la salud física como psíquica y social.

La física, puede traer grandes consecuencias como la muerte, como por contusiones hasta llegar al propio suicidio.

Psíquicas, como consecuencias sexuales forzadas y reproductivas, por agresiones.

Trastorno del sueño, miedo a salir a la calle, debilidad mental, etc. Las repercusiones que tiene sobre hijos e hijas es muy importante, ya que al ser espectadores de esta tragedia les marca de por vida, hasta llegar a hacer ellos lo mismo que sus padres cuando tenga edad adulta o tener problemas de conducta de por vida.

EJEMPLO 2

Contextos y modelos causales de la violencia de genero.

La violencia de genero es un problema real, que esta en la sociedad actual, a pesar de los intentos de los organismos tanto nacionales , como internacionales de paliarlo, esta in crescendo, ya no es solo de hombres mayores, es cada vez mas problema de los jóvenes, ya no tiene edad, es una problemática que esta hay, segando vidas de mujeres victimas de estos mal tratadores

En contextos generales: el patriarcado, es un orden social genético de poder y dominio, se creen superiores a las mujeres, por lo cual es, un sistema social, cultural y político, en el que la mujer queda supeditada al hombre a través de proceso de socialización en la practica de estas creencias tan dañinas en esta sociedad del siglo 21.

En este y otros muchos aspectos , no hemos avanzado

EJEMPLO 3

FORMAS CONSECUENCIAS Y COSTOS DE LA VIOLENCIA DE GENERO

La violencia puede ser ejercida en cada una de sus formas, esto puede ser violencia psicológica, física o sexual.

Pudiendo llegar a provocar la muerte.

La violencia ejercida contra las mujeres, niñas y hasta bebés, es una problemática social, que afecta a todos los países del mundo, es por lo tanto una **lacra** para la sociedad actual.

El acoso sexual es la conducta de naturaleza sexual o otros comportamientos que afectan directamente a la dignidad de la mujer y del hombre en el trabajo.

- **Las consecuencias economicas**, pueden llegar a ser desastrosas, ya que estas victimas dejan de trabajar y su vida puede llegar a ser un infierno, para ellas y sus hijos.
- Encuentran dificultades para comenzar un proceso legal debido a su estado emocional, agotamiento y miedo a la falta de apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

Espinar Ruiz, violencia de genero y procesos de empobrecimiento. Universidad de Cordoba.

<http://www.intendenciaatacama.gov.cl/filesapp/Anexos%20Protocolos%20Atencion%20VI F.pdf>

http://www.un.org/womenwatch/daw/public/VAW_Study/VAW-Spanish.pdf

<http://ibasque.com/violencia-machista-en-espana-resumen-2015-64-mujeres-asesinadas/>

TEMA 102. REPERCUSIÓN DE LA TURNICIDAD EN LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.

**SUSANA PIERNAVIEJA MIGUEL
ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS**

INDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **¿QUE SE CONSIDERA TURNICIDAD?**
- **CONSECUENCIAS DE LA TURNICIDAD**
 - **Trastornos del sueño**
 - **Manifestaciones digestivas**
 - **Manifestaciones cardiocirculatorias**
 - **Manifestaciones psicológicas**
 - **Accidentes de trabajo**
 - **Efectos psicológicos**
 - **Efectos sobre la vida familiar y social**
- **CONCLUSIONES**

INTRODUCCIÓN

La actividad laboral dadas las características humanas, debería llevarse a cabo en horario diurno, con el fin, de compatibilizar la actividad laboral con la fisiológica.

Por desgracia, la actual configuración de nuestra sociedad, las exigencias de la economía, la globalización y el ritmo de crecimiento de las organizaciones, hace que en algunos sectores profesionales sea imprescindible establecer turnos en el trabajo. La naturaleza de esta necesidad puede ser económica, (rentabilizar al máximo la inversión), técnica, (continuidad del proceso de producción) o social (prestación de servicios de forma continuada) como es el caso de la profesión de enfermería.

La distribución de las horas de trabajo dentro de la jornada laboral puede tener consecuencias no solo en el ámbito del trabajo, sino también en el ámbito extra laboral.

El tiempo libre se utiliza para la distracción, la vida familiar y social, y resulta imprescindible disponer de una adecuada distribución de este, para el bienestar físico, psíquico y social de la persona. Además, hay numerosos estudios que reflejan que existe un alto índice de siniestralidad dentro de las profesiones que llevan a cabo trabajos a turnos y, que esta puede llegar a duplicarse en los que se realizan en horario nocturno, aumentando la gravedad e incluso llegando a ser mortal. Así mismo se ha visto que las personas que trabajan a turnos demuestran una menor satisfacción con el horario y con el trabajo en general, que las personas que prestan sus servicios en jornada laboral diurna.

¿QUÉ SE CONSIDERA TURNICIDAD?

El sistema tradicional de organización del trabajo de las organizaciones empresariales, consistía en ocho horas durante cinco días a la semana, con descanso de dos días en fin de semana, extendiéndose en algunos sectores a los sábados. Las variantes comienzan a surgir por la necesidad de extender la jornada laboral más allá de esas ocho horas diarias, llegando en muchos casos a las 24 horas del día, 365 al año.

La expresión turnicidad proviene del verbo turnar que, en definición de La Real Academia de la Lengua Española, significa “alternar con una o más personas en el repartimiento de una cosa, o en el servicio de un cargo, guardando orden sucesivo y vez entre todos.

El trabajo por turnos es el que se realiza permanente o frecuentemente fuera de las horas de trabajo regulares diurnas. Este se puede realizar siempre en horarios de noche, permanentemente en horario de tarde o en horarios variados. Más exactamente hablamos de trabajo a turnos cuando el trabajo se desarrolla en distintos grupos sucesivos de horas, cumpliendo cada grupo una jornada laboral.

Legalmente, en el Estatuto de los Trabajadores, en el artículo 36, define el trabajo a turnos como “toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un período determinado de días o de semanas”.

Así mismo se considera trabajo nocturno el que tiene lugar “entre las 10 de la noche y las 6 de la mañana” y se considera trabajador nocturno al que “invierte no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual en este tipo de horario.

Los últimos estudios evidencian que el trabajo por turnos ha aumentado un 5,9% en 8 años, en las actividades sanitarias representa el 37,1%, siendo del 23,8% para el trabajo nocturno.

Cada tipo de turnos tiene ventajas e inconvenientes y se asocia diferentes efectos en el bienestar, la salud, la vida social y el rendimiento laboral.

CONSECUENCIAS DE LA TURNICIDAD

Los efectos negativos del trabajo por turnos pueden deberse, no sólo al desfase entre los ritmos circadianos y las condiciones de vida, sino también a las condiciones de trabajo adversas que pueden asociarse al trabajo por turnos. La presencia de uno o más factores de riesgo en el lugar de trabajo, como ruidos, condiciones climáticas desfavorables, iluminación deficiente, vibraciones, etc., es en ocasiones más frecuente en los sistemas de tres turnos de trabajo, los sistemas irregulares y los turnos de noche que en los sistemas de sólo dos turnos y en el horario de trabajo diurno.

Trastornos del sueño

El trastorno del sueño es una de las principales alteraciones que se da en las personas que trabajan a turnos, estas tienen cuatro veces más riesgo que las personas con trabajo fijo.

Para que una persona pueda recuperarse física y psicológicamente debería pasar por todas las fases del sueño (no REM y REM), estas se completan adecuadamente en al menos siete horas.

Los turnos rotatorios dificultan la adaptación fisiológica del trabajador al cambio horario siendo el insomnio el trastorno más frecuente. Se sabe que en los turnos de mañana, al tener que madrugar más, se reduce el sueño paradójico, por el contrario, durante los turnos de noche, se observa una reducción del sueño profundo, con lo que se dificulta la recuperación.

Manifestaciones digestivas

El horario de trabajo afecta a la calidad, cantidad y ritmo de las comidas. Los trabajadores suelen comer a disgusto y con poco apetito por no poder hacer la comida principal con la familia. La calidad de la comida no es la misma, comidas rápidas en un tiempo corto e inhabitual, comidas aplazadas, alimentos mal repartidos a lo largo de la jornada, con alto contenido calórico y en el turno de noche abuso de sustancias como el te o el café.

Algunas de las alteraciones mas frecuentes son dispepsias, gastritis, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, flatulencias y colon irritable.

Manifestaciones cardiocirculatorias

Las personas que trabajan de noche utilizan más energía y recursos vitales, lo que dificulta que el confort que causa el descanso sea el adecuado por el día. Por lo tanto, si el esfuerzo en el trabajo nocturno es mayor, el corazón deberá adaptarse a ese esfuerzo para hacer frente a las demandas del organismo. Los trastornos cardiovasculares más frecuentes entre los trabajadores a turnos son: enfermedades coronarias, arritmias e hipertensión arterial. En los trabajadores a turnos, se detectan niveles de noradrenalina más altos, lo que ocasiona un predominio simpático que favorece el desarrollo de arritmias.

Otros trastornos

También se pueden enunciar otros trastornos como endocrino metabólicos, obesidad, intolerancia a la glucosa, aumento de colesterol y triglicéridos por excesivo consumo de bocadillo, comidas preparadas y café. Enfermedades de la piel y el tejido conjuntivo, problemas osteomusculares, ginecológicos, y reproductivos, así como abuso de medicamentos.

Accidentes de trabajo

El riesgo de accidentes en trabajadores a turnos o nocturnos es 2,1 y 1,9 veces mayor respectivamente en comparación con otros. El trabajo nocturno hace que disminuya la capacidad psicofísica, lo que se traduce en un incremento del número de fallos o errores.

Efectos psicológicos

La incidencia de enfermedades psíquicas es 2,5 veces superior en los trabajadores a turnos nocturnos que en los diurnos. Los trastornos por estrés están mayoritariamente presentes entre las enfermeras, este posee diversos efectos sobre los individuos, tales como fatiga, frustración, nerviosismo, depresión, ansiedad, efectos fisiológicos sobre la salud y mal funcionamiento del cerebro. Cabe señalar que los turnos rotatorios afectan más a las mujeres y que el trabajo nocturno afecta más a los hombres. Estudios publicados en 'Occupational and Environmental Medicine', mostraron que los trabajadores por turnos presentaban puntuaciones más bajas en la memoria y velocidad de procesamiento y menor potencia cerebral que los que realizaban su trabajo en horario normal.

Efectos sobre la vida familiar y social

La alternancia en los horarios perturba los ritmos de vida y las costumbres domésticas. El trabajo rotatorio y el nocturno afectan a las relaciones de pareja, lo que se traduce en un alto riesgo de separación o divorcio al aparecer problemas de índole sexual, con los hijos y con las actividades de tiempo libre.

Producto de la pérdida de la vida social y actividades de ocio y recreación, se dan cambios en la dinámica de interacción. Los trabajadores y trabajadoras del turno de tarde son los que perciben menos influencia negativa del turno en sus relaciones socio familiares seguido del turno de Jornada Partida. El turno rotatorio con noche, junto con los trabajadores con horario irregular y con turno rotatorio sin noche son los que perciben mayor influencia negativa.

CONCLUSIONES

Los cambios en el horario de trabajo afectan negativamente al estado de Salud General de la población trabajadora.

El trabajador a turnos se encuentra más insatisfecho en su trabajo que los trabajadores con un horario fijo además, presenta mayor morbilidad y problemática social y familiar.

Las organizaciones en salud deben llevar a cabo programas de evaluación sobre el impacto de los turnos. Deben existir propuestas en las que los turnos cuenten con características rotatorias que faciliten descansos oportunos donde se respete al máximo los ciclos de sueño y descanso de las enfermeras, tomando en cuenta las características etarias del individuo para el desempeño de funciones en horas nocturnas.

BIBLIOGRAFÍA

- Knauth P. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Riesgos generales. Horas de trabajo.43.2. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOI T/tomo2/43.pdf>
- Trabajo a turnos y trabajo nocturno. Gabinete Regional de Salud Laboral, drogodependencias y medio ambiente. CCOO Castilla la Mancha. Disponible en: http://www.castillalamancha.ccoo.es/comunes/recursos/7/pub42378_Trabajo_nocturno_y_trabajo_a_turnos.pdf
- Ramírez Elizondo N, ParavicKlijn T, Valenzuela Suazo S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index Enferm [revista en Internet] 2013 septiembre;22(3):152155.Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962013002200008

- Sáez Herraiz S. Riesgos derivados de la nocturnidad y turnicidad. Mapfre servicio de prevención. Abril 2014. http://boletintecnicoprldelacev.com/sites/default/files/area_tecnica_archivos/msp_abril_2014_turnicidad_y_noctunidad.pdf
- Aguado T. Calidad del sueño en profesionales hospitalarios, sanitarios y no sanitarios. Revista enfermería del trabajo [revista en Internet],2016; vol.6. Disponible en: <http://enfermeriadeltrabajo.com/ojs/index.php/et/article/view/74>
- Blanca Gutiérrez J, González A, González Ábalos MA, Aceituno Herrera A, Martín Afán de Rivera JC, Arjona González A. Efecto de la implantación de turnos de enfermería «a demanda» sobre las horas de absentismo. Gaceta Sanitaria [revista en Internet], 2012;vol.26.Disponible:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112000921>

**TEMA 103. SATISFACCIÓN
DEL USUARIO EN LA
ATENCIÓN DE URGENCIAS
DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

**RAFAEL MOLINERO PÉREZ
ALICIA PACHO GIMARÉ**

ÍNDICE

- Introducción
- Objetivos
- Material y Métodos
 - ANEXO I. Datos a recoger por el profesional
 - ANEXO II. Indicaciones al paciente sobre el estudio
 - ANEXO III. Redacción del cuestionario autoadministrado
- Conclusiones

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud ha cambiado sensiblemente en Castilla y León en los últimos años, debido a cambios en la reestructuración geográfica, los descansos pos-guardia, la amortización de plazas consecuencia de reestructuraciones, la acumulación de demarcaciones a otros profesionales del de referencia o la aparición de nuevas figuras profesionales como el médico o enfermero de área, entre otros ejemplos.

Estos cambios recientes ocasionan nuevos problemas y crean otra realidad en la asistencia, que a su vez generan cambios en la seguridad de la asistencia, la calidad de la asistencia, el seguimiento profesional médico y/o enfermero, los cambios de los niveles de satisfacción o de motivación para acudir a los puntos de atención continuada (PACs).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Cuantificar el nivel de satisfacción de los usuarios con la nueva realidad asistencial (horarios, tiempo de atención, tiempo de espera, frecuencia de cambio de profesionales, hora o día) en función de la motivación para acudir al punto de atención continuada (PAC) fuera del horario ordinario de consulta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1-Definir los motivos por los que el usuario no acude a su consulta ordinaria, y que generan visitas en el PAC.
- 2-Definir los niveles de satisfacción resultantes de los usuarios que acuden al PAC con su consulta ordinaria.
- 3-Cuantificar los tiempos de demora en el PAC, así como la satisfacción del usuario con el mismo.
- 4-Valorar la satisfacción según la autopercepción de la frecuencia de cambio de profesional, de horario o día de consulta por parte del usuario.
- 5-Generar un listado con Propuestas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo.

Se ofertará participar en el estudio, por medio del cuestionario autoadministrado, a todos los usuarios mayores de 16 años que acuden al Punto de Atención Continuada (P.A.C.) fuera del horario de consulta, a excepción de pacientes psiquiátricos con cuadros agudos o crónicos no controlados, pacientes derivados por causa mayor a otro nivel asistencial o usuarios ya encuestados con anterioridad por el mismo motivo de asistencia.

Los usuarios con discapacidad intelectual, menores de 16 años o enfermedades avanzadas serán propuestos a su familia cercana, que lo acompaña al PAC.

El cuestionario para los usuarios está compuesto por una primera cuestión motivacional con 7 opciones a elegir (además la opción de especificar otros motivos), y seis cuestiones de satisfacción sobre la consulta habitual en su localidad con su médico y enfermera/o, la atención en urgencias, el tiempo de espera en la atención en el PAC, la frecuencia de cambio de profesional habitual y la frecuencia del cambio de horario y/o día de asistencia en consulta ordinaria.

El profesional que atiende la urgencia en el PAC recogerá datos del tipo de asistencia, en lo referente a la hora de llegada al PAC, la hora de asistencia (para permitir la valoración del retraso medio de atención), así como especificar si el retraso es generado por agentes externos como un aviso domiciliario.

Se recogen datos de qué profesional atiende la urgencia, la localidad del usuario y el motivo por el que se acude a urgencias, especificando si el problema de salud se produjo fuera del horario de consulta en su localidad.

De igual forma, se dan instrucciones al usuario de la pretensión de la investigación, instando a la sinceridad para obtener datos fiables, informando que en todo momento se va a mantener el anonimato de los usuarios que realizan la encuesta.

Los datos serán recogidos durante dos meses, no pudiendo ser inferior a 200 el número de usuarios encuestados. En el caso de no alcanzar 200 usuarios se prorrogará la recogida de datos por un mes hasta obtener el mínimo necesario para el análisis estadístico de los datos.

Conceptos sujetos a medición:

- Retraso en la asistencia en el PAC; (hora llegada - hora de atención), en minutos.
- Retraso en la asistencia en el PAC cuando un aviso domiciliario genera retraso, en minutos.
- Tipo de profesional que atiende la urgencia: médico, enfermero/a, o ambos.
- Motivo para acudir a urgencias no valorado en su consulta habitual.
- Motivo que refiere el usuario para acudir a urgencias: proporción de no pude/no quise/cambio de horario programado/cambio de horario no avisado/urgencias por horario/urgencias por rapidez/urgencias por profesional/otros.
- Grado de satisfacción con el médico adscrito.
- Grado de satisfacción con el enfermero/a adscrito/a.

- Grado de satisfacción con la atención en urgencias.
- Grado de satisfacción con el tiempo de espera en urgencias.
- Grado de satisfacción con la frecuencia del cambio de profesional.
- Grado de satisfacción con la frecuencia del cambio de horario y/o día de consulta (trascendencia subjetiva).
- Porcentaje de usuarios de CAP según localidad de procedencia.
- Porcentaje de usuarios según el cupo de procedencia.
- Porcentaje de satisfacción según profesional.
- Porcentaje de problemas sanitarios vistos en PAC subsidiarios de ser atendidos por su médico o enfermero/a de referencia (urgencias retrasables).

Anexo I. Datos a recoger por el profesional.

1. Hora de llegada.
2. Hora de atención.
3. Localidad de residencia del paciente.
4. Motivo por el que el/la paciente acude a urgencias.
5. Profesional que atiende la urgencia: Médico/Enfermero/Ambos.
6. Indicar si un aviso a domicilio ha generado un retraso en la asistencia.
7. Indicar si el/la paciente ha tenido oportunidad de acudir a su médico/enfermero de referencia.
8. Día de atención: Laborable/Sábado/Domingo/Festivo.

Anexo II. Indicaciones al paciente sobre el estudio.

El presente estudio pretende explorar el nivel de satisfacción del usuario que acude al servicio de atención continuada al centro de salud así como su motivación para acudir al servicio de urgencias. El cuestionario que va a realizar es ANÓNIMO. Con el fin de obtener datos fiables, le pedimos de forma especial SINCERIDAD al responder, dado que una vez analizados los datos se pretende poder aplicar mejoras al sistema actual.

Anexo III. Redacción del cuestionario autoadministrado.

1. Seleccione el **motivo por el que acude al servicio de urgencias** (marque una opción);

- No he acudido o no he podido acudir a mi médico/enfermero desde que apareció el problema.
- El profesional no tenía consulta hoy o en días anteriores en la localidad donde resido.
- El profesional cambió el horario en el consultorio local sin avisar previamente.
- El profesional avisó del cambio de horario pero no pude acudir a consulta.
- Prefiero acudir a urgencias por el horario (tarde o noche).
- Prefiero acudir a urgencias porque tardan menos en atenderme.
- Prefiero acudir a urgencias por la valoración de otro profesional distinto al que tengo, o por conocer una segunda opinión.
- Otros (especifique el motivo): _____

2. Seleccione el nivel de satisfacción de la **atención en la consulta del médico de su localidad**; marque una opción:

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

3. Seleccione el nivel de satisfacción de la **atención en la consulta del enfermero/a de su localidad**; marque una opción:

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

4. Señale el nivel de satisfacción con la **atención en urgencias**; **marque una opción**:

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

5. Señale el nivel de satisfacción con el **tiempo de retraso de la atención en urgencias**, marque una opción;

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

6. Señale su satisfacción con la **frecuencia de cambio de profesional**, marque una opción;

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

7. Señale el nivel de Satisfacción con la **frecuencia de modificación de horario de consulta y/o día**, marque una opción;

- Nada satisfecho
- Poco satisfecho
- Satisfecho
- Bastante satisfecho
- Muy satisfecho

Muchas gracias por su colaboración

CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio, una vez analizados los resultados, se pretende poder evidenciar y describir el funcionamiento actual de la población en cuanto a la atención sanitaria de urgencia se refiere, así como cuantificar su nivel de satisfacción, relacionándolo con la motivación que lleva a los usuarios a acudir al servicio de atención continuada (en ocasiones de forma preferente al de su profesional de referencia).

Determinados aspectos como el tiempo de retraso en su atención, o la frecuencia de cambio de profesional pueden representar también factores cuya relevancia pueden valorarse a la luz de los resultados del estudio.

A su vez, los resultados permitirán modificar las fórmulas de programación de la actividad en el centro de salud, aportando nueva información, así como evidenciar déficits en educación sanitaria y proponer mejoras del sistema organizativo de cada centro de atención primaria y si es necesario, del Servicio de Atención Continuada de la Zona Básica de Salud objeto de análisis.

TEMA 104. SÍNDROME DE DIÓGENES.

**MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ
MARTA ATIENZA CORREAS
ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA**

ÍNDICE

- CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE DIÓGENES
- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- TIPOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
- TRATAMIENTO
- BIBLIOGRAFÍA

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE DIÓGENES

El síndrome de Diógenes constituye un fascinante objeto de estudio para los clínicos cuyas primeras descripciones en la literatura científica son muy recientes, y datan de 1966 y 1975. Se ha descrito fundamentalmente en ancianos, aunque existen algunos casos en la literatura en personas más jóvenes¹.

Describe un patrón de conducta caracterizado fundamentalmente por un extremo abandono del autocuidado, tanto la higiene como la alimentación y la salud (viviendo en condiciones higiénicas insalubres), acumulación de basuras y objetos inservibles, autonegligencia, marcado aislamiento social y sin conciencia de enfermedad. También se han descrito casos en los que no aparece la conducta de acumulación, por lo que podría ser éste un síntoma frecuentemente asociado al Síndrome de Diógenes pero no fundamental¹.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE DIÓGENES

Hasta el momento la investigación en este campo es escasa, e incluso se ha llegado a cuestionar la validez de este diagnóstico. De hecho, no está reconocido en los manuales diagnósticos internacionales y puede aparecer en distintas enfermedades psiquiátricas y neurológicas¹.

Se han descrito dos tipos de Síndrome de Diógenes según su comportamiento respecto a la acumulación de objetos: el tipo Activo o recolector de objetos que acumula en su domicilio y el tipo Pasivo que, pasivamente, se deja invadir por el acumulo de sus propias basuras¹.

Existen autores que denominan al tipo Activo Síndrome de Acumulación y describe a personas que suelen acumular objetos inservibles por si acaso los llegan a necesitar en un futuro, pero no acumulan basura ni heces¹.
Tratan de mantener estas cosas en orden pero cuando el volumen de objetos es muy grande, el desorden se apodera de la vivienda y sin querer comienzan a acumular basura¹.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE DIÓGENES

A diferencia del síndrome de Diógenes, los que padecen de acumulación compulsiva no descuidan su higiene personal ni su aspecto, por lo que cuando salen a la calle no llaman mucho la atención, solo son percibidos como personas poco sociables¹.

En algunos casos la acumulación compulsiva puede terminar en síndrome de Diógenes cuando la vivienda está atestada de objetos, se comienza a acumular la basura, y la persona comienza a descuidar su higiene personal¹.

En España, se calcula una prevalencia de 1,7/1000 de los ingresos en personas mayores de 65 años y una incidencia de unos 1200 nuevos ingresos/año. La mayor parte de los casos descritos se refieren a personas ancianas (promedio 75 años)¹.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE DIÓGENES

Entre un tercio y la mitad cursan con demencias (habitualmente se asocia a alteraciones frontales en las demencias frontotemporales) o de algún tipo de trastorno mental (más frecuentemente esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno afectivo o alcoholismo) no siendo posible verificar la existencia de otros diagnósticos psiquiátricos en el resto de casos¹.

Algunas hipótesis sugieren que el Síndrome de Diógenes supondría el estadio final de un trastorno de la personalidad. En estos casos la personalidad premórbida estaría caracterizada por una actitud distante, desconfiada, autoritaria, independiente, astuta y con escasa integración social. Cabe señalar que algunos de estos rasgos se incluyen dentro de los criterios para el diagnóstico del trastorno esquizoide o paranoide de la personalidad¹.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE DIÓGENES

Se ha relacionado el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) con algunas conductas de atesoramiento de estos pacientes. Según Clark (1975) en la base del desarrollo de un Síndrome de Diógenes aparecería la interacción de unos factores de personalidad (que incluirían los rasgos descritos anteriormente) con cambios físicos o sociales significativos que estarían relacionados con la aparición de síntomas de deterioro cognitivo¹.

El abuso de alcohol también aparece frecuentemente asociado a este desorden, tanto exacerbando su manifestación como actuando como precipitante¹.

¿Pero estamos hablando de patologías comórbidas o de factores etiológicos? Los estudios más recientes sugieren que existe una estrecha relación entre el síndrome de Diógenes y disfunciones en el lóbulo frontal, y es en esta asociación donde debe centrarse la futura investigación¹.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE DIÓGENES

El tratamiento es complejo y requiere de una intervención multidisciplinaria¹. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antipsicóticos pueden ser útiles en el tratamiento dependiendo de la etiología subyacente. Las cogniciones y emociones distorsionadas concomitantes a las peculiares conductas de atesoramiento responden a la terapia cognitivo-conductual. En la mayoría de casos suelen ser necesarias la adopción de medidas de tipo social¹.

En definitiva, constituye un desorden en el que predomina la autonegligencia y las conductas de atesoramiento en condiciones miserables, principalmente descrito en ancianos. La presencia del mismo en ausencia de un trastorno mental definido, vendría a representar la versión más genuina del síndrome de Diógenes, mayoritariamente en el contexto de una personalidad compatible con algún Trastorno de la Personalidad del clúster A¹.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

Para la determinación de las características clínicas del Síndrome se observaron y valoraron, en la práctica habitual como Trabajador Social de Servicios Sociales Comunitarios, cinco casos (dos hombres y tres mujeres), todos/as personas mayores, todos/as solitarios/as, y residentes en el término Municipal de El Puerto de Santa María (Cádiz), los cuales fueron detectados tras denuncias de vecinos, diferentes organismos y/o familiares por acumular grandes cantidades de basura en sus domicilios y presentar situación personal de abandono extremos².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 1

Mujer, soltera, sin hijos, de 70 años, natural de la zona de Palencia, de profesión maestra jubilada y con estudios superiores (al parecer) de derecho sin finalizar².

Únicos familiares (hermanas y sobrinos/as) residentes en la zona de Valladolid y Madrid. Ausencia total de redes de apoyo familiar en la localidad².

Reside sola en una vivienda pública de maestros próxima a Colegio público en situación de aislamiento social (a penas se relaciona con los vecinos, siempre va sola), acumulando grandes cantidades de basura, objetos inservibles y alimentos perecederos (sobretudo dulces). Presentando la vivienda condiciones de insalubridad importantes².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 1

Las personas que dicen haberla conocido (vecinos y/o compañeros de trabajo) la califican como una persona desde siempre, rara, autosuficiente y con rasgos de personalidad y conductas extrañas².

Se presenta desaseada y pobremente vestida (ropa vieja y rota), no desnutrida, no se observan síntomas de trastorno mental (discurso coherente)².

No reconoce tener ningún problema y justifica la acumulación de objetos inservibles y alimentos perecederos que encuentra, como el producto de la sociedad consumista actual².

No reconoce presentar problema alguno y rechaza tajantemente cualquier tipo de ayuda externa y/o apoyo domiciliario².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 2

Varón de 60 años, natural de la zona de Soria, residente en el Término Municipal de El Puerto de Santa María tras cumplir condena en el Centro penitenciario de “Puerto II”².

Sin profesión conocida, soltero, sin hijos, ni redes de apoyo familiar conocidas².

Reside desde hace años al aire libre en una parcela de pinares acumulando basura y envases de plástico en situación de aislamiento social y autonegligencia².

Subsistiendo de los restos de alimentos que encuentra en los contenedores y la comida que le ofrecen vecinos de la zona².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 2

Presenta estado caquético, síntomas de abandono importante, desnutrición, descamaciones cutáneas acumuladas por la falta de higiene y síntomas de alcoholismo. Así como refiere, diagnóstico de “Esquizofrenia” en su juventud².

Mostrándose en las entrevistas mantenidas con actitudes negativistas y de oposición, así como presenta lenguaje incoherente (esquizoafasia), habla lacónica (pobreza del habla), y alogía (pobreza del contenido del lenguaje). Se aprecian síntomas de trastorno mental².

No reconoce tener problemas y rechaza cualquier tipo de ayuda de los Servicios Sociales (alojamiento, ayudas económica, tramitación de pensiones..), así como de los recursos sanitarios².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 3

Mujer de 64 años, natural de un pueblo de la Sierra de Cádiz, residente en el Puerto de Santa María desde hace aproximadamente nueve años².

Viuda, sin hijos, de profesión empleada de hogar, presenta en apariencia cierto déficit intelectual y/o retraso mental².

Vive completamente sola, ocupando viviendas en precarias condiciones y de bajo alquiler con la ayuda de Caritas, se los Servicios Sociales y otras instituciones benéficas, ante la escasez de recursos económicos (pensión mínima de viudedad)².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 3

Presenta abandono personal y de la higiene importante, así como acumulación de basuras, bolsas y objetos inservibles en todas las habitaciones de la vivienda².

El domicilio se observa maloliente y mugriento, sin apenas sitio para vivir debido a la acumulación de objetos y cosas (bolsas de ropa, plásticos, mobiliario roto, cajas...). Presentando la vivienda graves deficiencias de habitabilidad (no funcionamiento de sanitarios, no agua caliente, mobiliario útil escaso, no luz en todas las habitaciones, bombillas fundidas, humedad importante...etc)².

Sin redes de apoyo en la localidad (tiene dos hermanas pero viven en un pueblo de la Sierra). No es consciente de su problema y rechaza ayuda domiciliaria².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 4

Varón de 61 años, separado, con cuatro hijos/as, natural de la zona de Sevilla. De profesión exguardia civil, separado del Servicio activo por incapacidad laboral permanente (trastorno mental)².

Vive completamente solo y en situación de abandono personal y de la higiene importante desde su separación matrimonial en 1999².

Su exmujer lo califica como una persona rara, excéntrica, obstinada y extraña desde siempre².

Diagnosticado de “Trastorno paranoide de la personalidad” desde 1998, vive rodeado de gran cantidad de basura y objetos inservibles, residuos urbanos y enseres sin aparente utilidad².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 4

No mantiene contacto con las personas del barrio, ni se le conocen amigos².

Reside en una vivienda de propiedad sin servicios elementales ó básicos (la vivienda no posee wc, ni cocina, no posee mobiliario útil adecuado, la única luz que posee la vivienda es una antigua lámpara de mesa al lado se la mugrienta cama litera vieja donde duerme)².

Contando con recursos económicos más que suficientes para mantener buenas condiciones y calidad de vida².

Presenta escasa conciencia de su enfermedad mental (desde hace años no acude a los servicios públicos de salud mental y solo acude muy esporádicamente a servicios privados de psiquiatría) y rechaza cualquier tipo de ayuda de los Servicios Sociales².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 5

Mujer, de 76 años, viuda, vive sola, recibiendo la visita esporádica de su único hijo, soltero, residente en otra localidad².

Conocida por los Servicios Sociales tras denuncia efectuada por los vecinos del inmueble en la Policía Local².

Describiendo la Policía en su informe el domicilio de la anciana “como una vivienda en condiciones infrahumanas con suciedad extrema, olor repugnante e intolerable y con basura acumulada”².

En la visita domiciliaria, se observa que la mujer se presenta con aspecto desaseado, pobremente vestida y extrema delgadez, así como con síntomas de posible demencia incipiente².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

CASO 5

La vivienda se encuentra con basura y objetos inservibles acumulados, olor nauseabundo, desordenada, con sanitarios atascados y desbordados por defecaciones y orines, posee luz eléctrica pero no suministro de agua (al parecer cortado desde hace meses), por lo que trasporta diariamente garrafas de agua desde una fuente pública².

Los vecinos la definen como una mujer, de comportamientos extraños, solitaria y aislada socialmente².

Rechaza ayuda para la limpieza de la vivienda, así como el Servicio Municipal de Ayuda a Domicilio².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

- Según los casos estudiados y descritos podemos llegar a la conclusión que el llamado “Síndrome de Diógenes” presenta a nuestro entender las siguientes características clínicas²:

1. Que es un trastorno específico que se presenta en algunas personas mayores, solitarias (preferentemente solteras y viudas) y en cualquier tipo de status social².
2. Que los sujetos que lo padecen presentan abandono por completo de sus cuidados personales, alimenticios sanitarios².
3. Que son personas que se aíslan de su medio, optan por conductas de reclusión y/o no mantienen mucho contacto con la sociedad².
4. Que tienen como rasgo característico la tendencia a acumular basura, a vivir en situación de miseria material absoluta (a pesar de poseer medios económicos para mantener mejores condiciones de vida) y que en muchas ocasiones se encuentran preocupados por una ruina económica “no real” (pobreza imaginaria) ².

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE DIÓGENES (A PROPÓSITO DEL CINCO CASOS)

5. Que suele presentarse tanto en personas normales psiquiátricamente como en personas con algún tipo de trastorno mental, si bien en todos los casos se observan rasgos especiales de personalidad².

6. Que en gran parte estas personas rechazan cualquier tipo de ayuda externa tanto social como familiar².

7. Y que los individuos que lo padecen poseen nula conciencia del problema, circunstancia que dificulta cualquier tipo de intervención².

- En definitiva, podemos decir que el Síndrome de Diógenes es una conducta de aislamiento, con ruptura de las relaciones sociales, negligencia de las necesidades de higiene personal y ambiental, reclusión domiciliaria, rechazo de las ayudas sociales o familiares, y negación de la situación patológica, que se presenta habitualmente en ancianos solitarios².

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El acaparamiento de objetos comprende un continuo desde la normalidad hasta la enfermedad extrema. Es importante distinguir entre los diferentes trastornos que incluyen comportamientos de acaparamiento. El acaparamiento compulsivo es una forma de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) que se caracteriza por la adquisición excesiva de posesiones, la incapacidad para descartar posesiones y el desorden excesivo. Los pacientes generalmente muestran otras características obsesivas, sienten angustia si no pueden acumular objetos, muestran un patrón cognitivo típico con características obsesivas y sus relaciones interpersonales están mediadas por objetos. El síndrome de Diógenes es la combinación de autodescuido severo, miseria

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

doméstica, aislamiento social, acumulación y rechazo de la ayuda en pacientes ancianos. Existe una alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos / somáticos. La depresión y la demencia son factores de riesgo para el auto-abandono. El coleccionismo es un fenómeno normal que es común en los niños, pero también se encuentra en los adultos. Generalmente es una actividad organizada, y los objetos se mantienen en lugares específicos y estructurados. El objetivo de la recopilación es organizar y jerarquizar una serie de objetos, no solo acumularlos. Los objetos recolectados son frecuentemente apreciados por otros coleccionistas, y se intercambian para ampliar la colección³.

TIPOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Entre los distintos estudios de casos, los autores enumeran diferentes categorías o tipologías de personas que acumulan⁴.

Según su comportamiento respecto a la acumulación de objetos⁴:

- El tipo Activo o recolector de objetos que acumula en su domicilio⁴.
- El tipo Pasivo que se deja invadir por el acumulo de la propia basura que genera⁴.

Según el tipo de objetos que acumulen los llamados Activos⁴:

- Generalistas, si acumulan diversos objetos sin clasificación (ropa, periódicos, botes, bolsas de plástico, electrodomésticos...) y finalmente basura, cuando el volumen es muy grande⁴.
- Especialistas, cuando acumulan una tipología de objeto específica⁴.

TIPOLOGÍA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las personas que padecen Síndrome de Acumulación o Acumulación Compulsiva suelen ser normalmente personas jóvenes y adultas, pero la diferencia esencial, del Síndrome de Diógenes con respecto a los que padecen de acumulación compulsiva, “es que éstos últimos no descuidan su higiene personal ni su aspecto”, pero hay otras más sutiles. Las causas de este Síndrome de Acumulación también son diferentes a la etiología del Síndrome de Diógenes. A lo largo de las referencias de artículos científicos, hay autores que se esfuerzan en realizar el diagnóstico diferencial de este Síndrome de Acumulación y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) por algunas conductas de atesoramiento de estos pacientes, como un ritual más. Otros diferencian la acumulación como consecuencia de la compra incontrolada (ropa, pequeños electrodomésticos...), o el coleccionismo compulsivo (entendiéndolo como el intento de acaparar todo cuanto es posible encontrar relativo al objeto de esa afición)⁴.

TIPOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otro debate en relación a la tipología de Síndrome de Diógenes se centra en la asociación o no de una enfermedad mental. Hay autores⁵⁵ que hablan de: Síndrome de Diógenes Primario (sin patología psiquiátrica asociada) y Síndrome de Diógenes Secundario (con patología psiquiátrica asociada)⁴.

La aportación más reciente, es la de Gómez-Feria⁵⁶, al referirse al Síndrome de Diógenes como una forma clínica de conducta acumuladora., en tres formas clínicas⁴:

1. Diógenes primario, con una etiología en la que interaccionan los tres factores predisponentes: rasgos de personalidad previos, factores estresantes de la edad tardía y la situación de soledad extrema, sin la asociación de enfermedad mental. Para algunos el único Síndrome de Diógenes posible⁴.
2. Diógenes en pacientes con demencia senil. En este tipo de síndrome de Diógenes los sujetos son diagnosticados de demencias frontotemporales⁴.

TIPOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

3. Diógenes secundario o falso Diógenes o Diógenes pasivo. Producido por la incapacidad de limpieza de si mismo y de la casa como consecuencia de una enfermedad física (parálisis, artrosis, cardiopatía severa), mental (depresiones, demencias, adicciones, esquizofrenias...) o ambas⁴.

Algunas hipótesis se salen de estas diatribas, que sugiere que el Síndrome de Diógenes supondría en definitiva el estadio final de un trastorno de la personalidad. En estos casos la personalidad pre-mórbida estaría caracterizada por una actitud distante, desconfiada, autoritaria, independiente, astuta y con escasa integración social. Cabe señalar que algunos de estos rasgos se incluyen dentro de los criterios para el diagnóstico del trastorno esquizoide o paranoide de la personalidad, que defiende De la Gándara⁴.

TIPOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

SÍNDROMES ASOCIADOS

1.- Síndrome de Crates e Hiparquía: Se habla de este síndrome, cuando ambos miembros de una pareja presentan “conductas tipo Diógenes”. Desde el punto de vista psiquiátrico pueden presentar o no patología. Si la presentan, suele ser una enfermedad delirante paranoide compartida: “Folie a deux”. A esta modalidad del síndrome se le ha denominado: Síndrome de Crates e Hiparquía, en honor de los dos cínicos seguidores de Diógenes⁴.

2.- Síndrome de Noé: Es una patología que lleva a un sujeto a acumular en casa un número desmesurado de animales de compañía, normalmente una sola especie, (los gatos son los más afectados y los que más abundan en el estereotipo, puesto que son más sencillos de coger y de tener en grupo que los perros), no dándoles una atención mínima, ni adecuada⁴.

TRATAMIENTO

Resulta muy difícil ayudar a este tipo de pacientes ya que son ellos los que evitan todo tipo de atención. Sólo cuando hay riesgo para la salud pública o trastorno mental con negativa al tratamiento, se puede solicitar un ingreso involuntario con autorización Judicial urgente en una Unidad de psiquiatría o de geriatría si fuera necesario⁵.

En primera instancia la intervención más temprana debe ser por parte del Trabajador Social, para solicitar las ayudas pertinentes de desalojo de las basuras acumuladas, así como un estudio social y económico para hacer un seguimiento comunitario o institucional⁵.

TRATAMIENTO

Por parte de enfermería el tratamiento para estas personas va dirigido a tratar las posibles complicaciones derivadas del mal estado nutricional e higiénico. Sin embargo, acto seguido es necesario instaurar medidas preventivas para que el cuadro no vuelva a repetirse, a través de una institución geriátrica o de asistencia domiciliaria. El problema es que los propios afectados suelen rechazar la ayuda social. Si no están incapacitados por motivo de alguna patología psiquiátrica de base o una demencia no pueden ser ingresados en una residencia sin su consentimiento⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carrato E. Martínez R. Síndrome de Diógenes: a propósito de un caso. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2010; 30(3): 489-495.
2. Paz JP. Intervención del trabajador social en personas afectadas por el Síndrome de Diógenes. Acciones e investigaciones sociales. 2006; (1): 435.
3. Lahera G. Saiz-González D. Martín-Ballesteros E. Pérez-Rodríguez MM. Baca-García E. Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora. Actas Españolas de Psiquiatría. 2006; 34(6).
4. García CRB. (2012). Más allá de la basura. Intervención con personas que padecen Síndrome de Diógenes en la Provincia de Soria. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social. 2012; (51): 317-353.
5. Jiménez JE. Molina FN. Díaz PF. Reyes TA. El mal llamado" Síndrome de Diógenes. Enfermería Docente. 2008; 88: 36-39.

**TEMA 105. TRATAMIENTOS
ANTIANGIOGÉNICOS:
EL PAPEL DE ENFERMERÍA Y
REPERCUSIÓN ECONÓMICA EN EL
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE
TORREVIEJA.**

**MARIA LUCIA TERUEL VEGARA
MIGUEL ANGEL LEAL LEAL**

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN
- 2. JUSTIFICACIÓN
- 3. OBJETIVOS
- 4. METODOLOGIA
- 5. RESULTADOS
- 6. CONCLUSIONES
- 7. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente las enfermedades vasculares de la retina y la degeneración macular asociada a la edad (DMAE), representan entre la personas mayores de 65 años la primera causa de ceguera occidental y, en España, afecta a 800.000 pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en las próximas décadas la prevalencia de esta patología puede llegar a triplicarse, debido al aumento progresivo de la esperanza de vida, por lo que se considera uno de los problemas sociosanitarios más importantes del siglo. Las predicciones de que la enfermedad evolucione, empeora conforme crece con el tiempo, hasta el doble a los tres años de implantada al enfermedad, más si cabe en ojos no tratados

.

Los investigadores han determinado la importancia del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y sus receptores en la regulación de las células endoteliales vasculares y de la formación de vasos sanguíneos, el VEGF-A se ha convertido en el objetivo de lucha contra las enfermedades dependientes de la angiogénesis. La idea es inyectar en el ojo una molécula que es capaz de capturar y neutralizar el VEGF, deteniendo de este modo el crecimiento de los vasos sanguíneos patológicamente inmaduros y con extravasación, con el objetivo final de conservar o restaurar la visión. Hasta ahora se han desarrollado cuatro moléculas específicas para el tratamiento de la DMAE neovascular, los Anti-VEGF's (Inhibidores de los Factores de Crecimiento Endoteliales Vasculares): Pegaptanib (Macugen®), Ranibizumab (Lucentis®), Bevacizumab (Avastin®) y Aflibercept (Eylea®).

El Pegaptanib (Macugen®) es un aptámero que estabiliza la visión hasta un 65%, pero no mejora dicha visión. Es por lo que actualmente se utiliza en muy pocas ocasiones. El Ranibizumab (Lucentis®) es un fragmento de reconocimiento y unión al antígeno de un anticuerpo monoclonal humanizado producido en células de Escherichia Coli mediante tecnología DNA recombinante, con un peso de 48 kilodalton que permite atravesar de manera rápida todas las capas retinianas para llegar a la coroides. Según los últimos estudios este fármaco estabiliza la visión en un 90% de los casos y puede mejorar en un 30% de los casos. El Bevacizumab (Avastin®) es un anticuerpo monoclonal humanizado, es decir 93% humano, 7% murino, completo de 149 Kilodalton, que deriva del mismo anticuerpo monoclonal murino precursor del Ranibizumab, que inhibe todas las isoformas activas del VEGF-A.

Se diferencia del Ranibizumab fundamentalmente en el peso molecular, la afinidad por el VEGF-A, la vida media del fármaco en el ojo y menor coste económico.

A diferencia de los fármacos nombrados el Aflibercept (Eyla®) es una proteína de fusión que se dirige contra la VEGF y factores de crecimiento placentario, PlGF, mismo resultados que el Lucentis® y menor número de inyecciones.

Para la aproximación terapéutica a la neovascularización coroidea (NVC) asociada a la DMAE debe fundamentarse en la combinación de tratamientos, dado que ninguno de ellos actúa sobre todos los puntos de la patogenia multifactorial.

2. JUSTIFICACIÓN

La DMAE se ha convertido en los países desarrollados en una de las principales causas de ceguera junto con el Glaucoma o la Retinopatía Diabética, entre los mayores de 65 años.

Con los actuales tratamientos podemos detener la progresión de la enfermedad y el papel de la enfermería oftalmológica es crucial para conseguir que el paciente alcance el máximo estado posible de confort visual y emocional participando de forma activa en todo el proceso, especialmente en lo que se refiere a la preparación, administración del tratamiento, así como en los cuidados y apoyos necesarios en el post-tratamiento.

3. OBJETIVOS

- Conocer el número de inyecciones intravítreas realizadas desde el año 2010 hasta el año 2016, en el Hospital Universitario de Torrevieja.
- Conocer los fármacos anti-VEGF para las distintas patologías retinianas, efectos terapéuticos y repercusión económica.
- Indicar la importancia del papel de enfermería en el abordaje psicológico del paciente con DMAE.

4. METODOLOGÍA

- Estudio observacional, descriptivo y revisión bibliográfica en revistas y artículos publicados en bases de datos; Scielo, Pubmed y Elsevier.
- Recogida de cifras de la base de datos del Hospital Universitario de Torrevieja.

5. RESULTADOS

Los fármacos anti-VEGF bloquean la proteína llamada VEGF (vascular endothelial Growth Factor), dicha molécula está involucrada en la etiopatogenia de enfermedades retinianas. Los fármacos aflibercept, ranibizumab, bevacizumab y pegaptanib constituyen el principal tratamiento para estas enfermedades. Pueden encontrarse multitud de estudios donde se comparan las acciones de estos medicamentos entre sí o bien una combinación de ellos y otros tratamientos como la terapia fotodinámica (TFD). En la mayoría de ellos, prevalece el uso de antiangiogénicos frente al resto de terapias, aunque son más caras, son las que mejores resultados han dado hasta el momento en cuanto agudeza visual ganada y/o mantenidas desde el momento del inicio del tratamiento.

Tras la recogida de datos durante los años 2010 hasta 2016, damos contestación a nuestro primer objetivo marcado. En el año 2010 se administraron 596 inyecciones intravítreas. Un año mas tarde, casi se duplica el número de inyecciones con 987. En el año 2012 no hubo diferencia significativa del acto, con 1.010 inyecciones aplicadas. Sin embargo en el año 2013, se realizaron 1.441 inyecciones intravítreas. En el 2014, 1.648 y en el año 2015, 1.585. Por último, en el año 2016, se administraron 2055 inyecciones intravítreas. Por lo que podemos analizar el aumento exponencial del número de inyecciones intravítreas realizadas en los últimos 6 años.

La detección precoz de la DMAE resulta de vital importancia para eludir complicaciones más severas. Estos datos nos señalan la necesidad que existe de incrementar la educación sanitaria de la población en el cuidado de la salud visual. Por lo que podemos decir, que es importante la existencia de personal sanitario cualificado en el campo de la oftalmología para la educación en el campo de la visión. La atención primaria representa el primer contacto con el usuario, siendo fundamental en la prevención y detección precoz de la enfermedad y en el cuidado de la salud, concienciando asimismo para una vida saludable. La enfermería especializada en oftalmología reduce la ansiedad, delimita los problemas reales y potenciales que puede presentar el paciente con DMAE.

Por lo que podemos confirmar que las actividades de enfermería son imprescindibles para abarcar lo anteriormente mencionado. Informar al paciente y a la familia de el proceso de la enfermedad, procedimiento terapéutico y una dieta recomendada, son claves para un plan de cuidados, así mismo la manifestación de inseguridad, miedo o inquietud, serían disminuidas y evitaríamos el posible abandono del tratamiento. Mostrar interés en el paciente, hacer preguntas, utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones, mantener el contacto visual con el paciente, mantener la calma y reafirmar al paciente en su seguridad personal, instruir al paciente en técnicas que disminuyan la ansiedad si es preciso, son actividades del proceso enfermero.

6. CONCLUSIONES

- El bevacizumab (Avastin®) es un anticuerpo monoclonal sacado del ranibizumab (Lucentis®). Según revisión bibliográfica, estudios comparativos han demostrado que están eficaz y seguro en el tratamiento de la DMAE neovascular y tiene menor coste económico.
- El aflibercept (Eylea®) actúa contra la VEGF y PlGF (factor de crecimiento placentario), ambos se hallan en la DMAE neovascular y sostiene los mismo resultados con el Lucentis® con menor número de inyecciones.

- Puesto que nuestra sociedad envejece, el uso de los fármacos antiangiogénicos se lanza y también sus ventas, esto perjudica seriamente la sostenibilidad del sistema sanitario. La utilización de bevacizumab frente al ranibizumab proporcionaría un ahorro de ciento de miles de millones de euros al año al sistema sanitario.
- Enfermería desempeña un papel fundamental en el desarrollo de programas de evolución y de intervenciones focalizadas en las complicaciones específicas de la enfermedad y en las necesidades de apoyo emocional.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Wong TY, Chakravarthy U, Klein R, Mitchell P, Zlateva G, Buggage R, Fahrback K, Probst C, Sledge I. The natural history and prognosis of neovascular age-related macular degeneration: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2008 Jan;115(1):116-26. Epub 2007 Aug 6. Review. Erratum in: *Ophthalmology*. 2008 Sep;115(9):1524.
- Karp FE, Sánche-Thorin JC. Análisis de Costo-Efectividad de inyección intravítrea de ranibizumab versus aflibercept en el tratamiento de la pérdida visual secundaria a Edema Macular Diabético desde la Perspectiva del sistema de Salud en Colombia. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2015;(18)7:881.

- Barquet, L. A. Papel del factor de crecimiento del endotelio vascular en las enfermedades de la retina. Archivos de La Sociedad Española de Oftalmología. 2015;90, 3-5.
- Lozano IG, García SL, de Juan IE. Actualización en el manejo de la degeneración macular asociada a la edad. Revista española de geriatría y gerontología. 2012; (547):214-219.
- Bakri SJ, Couch SM, McCannel CA, Edwards AO. Same day triple therapy with photodynamic therapy, intravitreal dexamethasone, and bevacizumab in wet age-related macular degeneration. Retina. 2009,29:573-8.

TEMA 106. CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL SANITARIO SOBRE LA DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO A NIVEL HOSPITALARIO.

MIGUEL ÁNGEL GARCÍA GARCÍA

MYRIAN CARCELÉN RODENAS

REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN

MARIO PARREÑO JAREÑO

INMACULADA CARCELÉN RODENAS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

3. METODOLOGÍA

4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

5. BIBLIOGRAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

Uno de los conflictos con una gran repercusión negativa que tiene una incidencia creciente, son las agresiones por violencia de genero. El personal sanitario constituye una figura fundamental en la detección de esta problemática social, ya que está determinado por un rol que cumple una premisa fundamental, la consecución de una atención integral. El desarrollo de protocolos de actuación para el abordaje de casos con esta complejidad es un gran referente para todos los profesionales, ya que priorizan el orden de actuación y el manejo de la situación. Por todo lo anterior me parece relevante presentarles este estudio que tiene como objetivo determinar los conocimientos del personal sanitario para la detección y actuación de un caso de violencia de genero en el ámbito hospitalario.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimientos sobre la detección y actuación de casos de violencia de genero en el ámbito hospitalario

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar que aspectos en relación a la detección de casos de violencia de género son menos conocidos por el personal sanitario.
- Establecer que aspectos en relación a la detección de casos de violencia de género son mas conocidos por el personal sanitario.
- Delimitar si el personal de sanitario sabe actuar en caso de una situación de detección de violencia de género.

3. METODOLOGÍA

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

ÁMBITO: Servicios de Hospitalización, unidad de rehabilitación, unidades de críticos así como resto de unidades de carácter especial.

POBLACIÓN: Personal de sanitario en situación laboral activa (Graduados de Enfermería, TCAE, fisioterapeutas, Técnicos de laboratorio etc..)

CRITERIOS DE INCLUSION: Personal sanitario en situación laboral activa cuya experiencia profesional en el servicio sea igual o superior a un mes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Personal sanitario en situación de incapacidad temporal, excedencia voluntaria u otro tipo de permiso por el que se ausente del puesto de trabajo y profesionales que no deseen formar parte del estudio.

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

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

Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación de la Gerencia de Atención Integrada y del Comité de Ética de Investigación del Área.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO I

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

ANÁLISIS ESTADÍSTICO II

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

4. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLINICA

Con los resultados obtenidos en este estudio se podrá incrementar la formación sobre detección y actuación en casos de violencia de género para los profesionales focalizando los puntos que causan mayor desconocimiento para los mismos.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo González, G., & Camacho Bejarano, R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(33), 424-439.
2. Alvarez Lopez, E., Brito, C., Arbach, K., & Pueyo, A. A. (2010). Detección de la Violencia contra la Pareja por profesionales de la salud. *Anuario de Psicología Jurídica*, 20.
3. Arredondo-Provecho, A. B., del Pliego-Pilo, G., Nadal-Rubio, M., & Roy-Rodríguez, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*, 18(4), 175-182.

4. Amell, R. C., Viñas, N. Q., & Ramos, A. R. (2010). La consulta sanitaria:¿ un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género?. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 17(8), 550-559.
5. Alcaraz, C. L., Roche, F. P., Hernández, M. T., Meseguer, C. B., Rodríguez, J. D. P., & Esparza, A. O. (2014). Formación y detección de la violencia de género en la profesión sanitaria. Revista de Enfermagem da UFMS, 4(1), 217-226.
6. Mendoza-Flores, M. E., de Jesús-Corona, Y., García-Urbina, M., Martínez-Hernández, G., Sánchez-Vera, R., & Reyes-Zapata, H. (2006). Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. Perinatología y reproducción humana, 20(4), 69-79.

TEMA 107. SÍNDROME DE ANGELMAN.

**ANA MARÍA PARRA CRUZ
BÁRBARA ROJAS SALINERO
TAMARA GIL BLANCO**

ÍNDICE

1. Introducción
2. Criterios diagnósticos
3. Características
4. Bibliografía

1. Introducción

El Síndrome de Angelman fue descrito por primera vez por el Dr. Harry Angelman en 1965, pero fue a partir de los 80, cuando se empezó a estudiar con más profundidad. (1)

Harry Angelman era Pediatra, en su clínica ingresaron tres niños con características físicas muy parecidas. En ese momento, sólo pudo hacer una descripción clínica del síndrome. No fue hasta 1987, con la mejora de las técnicas de diagnóstico, cuando pudo identificarse por primera vez el mecanismo genético causante del SA.

El SA afecta por igual a hombre y mujeres, y se presenta en todos los grupos raciales. (2)

1. Introducción

A lo largo de los años se han realizado diversos estudios para tratar de establecer cuál es la incidencia del síndrome en la población, pero es una tarea complicada al tratarse de un síndrome relativamente joven, de reciente diagnóstico, y a que es posible que existan muchos casos (especialmente adultos) sin diagnosticar o con un diagnóstico erróneo. Así, aunque la prevalencia real del síndrome es desconocida, parece ser que se sitúa entre 1/12.000 y 1/24.000 nacidos. (2)

2. Criterios diagnósticos

Este síndrome no es reconocible usualmente en los bebés porque los problemas de desarrollo no son específicos en esa etapa. La edad más común del diagnóstico está entre los 2 y 5 años, cuando los comportamientos característicos y los rasgos son más evidentes.

El Síndrome de Angelman es una condición clínica diferente, principalmente por sus conductas típicas y evolución que le son propias.(3)

El **diagnóstico clínico** se hace en base a hallazgos neurológicos como la ataxia, temblor de manos y retraso mental; criterios fenotípicos, conductuales y electroencefalográficos. (1)

2. Criterios diagn3sticos

El 70% de los pacientes con SA presentan la *delecci3n 15q11-q13* que puede ser detectada en un an3lisis de alta resoluci3n (550 bandas); sin embargo, esta t3cnica presenta falsos negativos y falsos positivos. A pesar de que no puede afirmarse un diagn3stico negativo o positivo con esta prueba, debe ser solicitada sistem3ticamente, pues permite identificar otros problemas cromos3micos que pueden tener caracter3sticas cl3nicas similares al SA. Tambi3n es posible detectar por este m3todo traslocaciones que predisponen a la delecci3n 15q. (4)

Los criterios consensuados para las caracter3sticas cl3nicas en el s3ndrome de Angelman se pueden clasificar seg3n su aparici3n;

2. Criterios diagnósticos

SIEMPRE – 100% de los casos:

- Retraso funcionalmente severo en el desarrollo.
- Ninguna capacidad de hablar o uso mínimo de palabras. Mejor habilidad de comunicación receptivas y no-verbal que la verbal.
- Problemas de movimiento y de equilibrio, normalmente ataxia al andar y/o movimiento trémulo de miembros.
- Conducta característica y singular, risa/sonrisa frecuente, apariencia de felicidad, personalidad fácilmente excitable, a menudo con movimiento de aleteo de manos, hipermotricidad, permanencia de la atención durante poco tiempo. (4)

2. Criterios diagnósticos

FRECUENTE – más del 80% de los casos:

- Retraso, crecimiento inferior al normal del perímetro cefálico, normalmente produciendo microcefalia (absoluta o relativa) alrededor de los 2 años de edad.
- Crisis convulsivas normalmente antes de los 3 años de edad.
- EEG anormal: modelo característico con ondas de gran amplitud y picos lentos. (4)

2. Criterios diagn3sticos

ASOCIADO – 20-80% de los casos:

- Estrabismo.
- Hipopigmentaci3n de piel y ojos.
- Problemas de succionar y tragar.
- Reflejos de tendones hiperactivos.
- Problemas de alimentaci3n durante la infancia.
- Brazos levantados y flexionados al andar.
- Mand3bula prominente. (4)

2. Criterios diagn3sticos

- Hipersensibilidad al calor.
- Boca ancha, dientes espaciados.
- Problemas para dormir.
- Babeo frecuente.
- Lengua prominente.
- Atracci3n hasta la fascinaci3n por el agua.
- Conductas excesivas de mascar/masticar.
- Achatamiento de nuca. (4)

3. Características

Los pacientes con SA pueden ser fácilmente identificados a partir de los 3 o 4 años por sus características físicas y conductuales, aunque, si se tiene en mente dicho trastorno, puede ser sospechado durante el primer año.

Los rasgos físicos son:

- Microcefalia.
- Talla baja.
- Hipoplasia medio-facial.
- Aplanamiento occipital.
- Surco occipital. (4)

3. Características

- Macroglosia. Profusión lingual.
- Prognatismo.
- Boca grande.
- Separación entre los dientes.
- Estrabismo
- Hipopigmentación cutánea.
- Escoliosis.
- Cabellos claros.
- Ojos claros.
- Sindactilia. (4)

3. Características

La microcefalia no está presente en el nacimiento. Sin embargo, a los 2 años, la presentan el 50% de los casos. A causa del retraso en el crecimiento, un 58% de los pacientes acaba ubicándose en el percentil 3 o menos cuando alcanzan la pubertad.

No todas las características físicas están presentes en todos los pacientes. Muchos niños con SA no tienen alteraciones pigmentarias y algunas tienen un perímetro craneal normal. Con la edad, la cara tiende a alargarse y los rasgos físicos se hacen más toscos.(4)

4. Bibliografía

1. Jiménez Garrido Y. El síndrome del Angelman. Área de Logopedia. Gabinete Psicopedagógico El PGRUPO. La Laguna. Septiembre-Diciembre 2005. Avances pediátricos. BSCP Can Ped. Volumen 29, nº3. Disponible en: http://www.trastoinfantil.es/wpcontent/uploads/2017/03/Sindrome_Angelman.pdf
2. Asociación del Síndrome de Angelman – ASA. Disponible en: <https://angelman-asa.org/caracteristicas>
3. Williams C. Peters S. Calculator S. Angelman Syndrome Foundation. Información acerca del Síndrome de Angelman. Séptima Edición. Enero 2009. Disponible en: https://www.angelman.org/wp-content/uploads/2015/11/sindrome_de_angelman_3_29_10.pdf
4. Brun C. Artigas J. Síndrome de Angelman: del gen a la conducta. Colección: Logopedia e Intervención. Julianes (2005). Cap. 1: 8-16. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=xHuPdweTerQC&oi=fnd&pg=PA7&dq=sindrome+de+angelman&ots=11MCKZkbZ&sig=m4rgsQWP70n0niNVa3mDB9algxs#v=onepage&q=sindrome%20de%20angelman&f=true>

**TEMA 108. ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN PARA LA
EVALUACIÓN DE LAS AGRESIONES
EN CENTROS SANITARIOS.**

FRANCISCO GUSTAVO RUIZ ARJONA

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los trabajadores de los diferentes sistemas sanitarios públicos se ven sometidos a agresiones continuas por parte de pacientes y familiares. Lo que se pretende con este estudio es evaluar el alcance y las consecuencias de las agresiones que sufren los trabajadores.

OBJETIVOS

El objetivo general que se persigue con este estudio es el de identificar las causas de las agresiones sufridas por los trabajadores.

Como objetivos específicos, se tratará de identificar las consecuencias para los trabajadores y hacer propuestas de mejora para prevenir las agresiones.

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 trabajadores como pueden ser: calidad de la atención, tiempos de atención, escasez de profesionales, etc....

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

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

**TEMA 109. LA IMPORTANCIA DE LA
EDUCACIÓN SANITARIA PARA
REDUCIR LA INCIDENCIA DEL
ALCOHOL Y TABACO EN EL
EMBARAZO Y PREVENIR POSIBLES
ANOMALÍAS CONGÉNITAS.**

ALBERTO RUEDA RUIZ

MARIO JOSÉ DÍAZ ÁLVAREZ

TAMARA RUIZ GARCÍA

JUAN ANTONIO GARCÍA GETINO

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **JUSTIFICACIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **INTERVENCIÓN EDUCATIVA SANITARIA**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y tabaco en la gestación aumenta el riesgo de aborto, malformaciones fetales, retraso en su crecimiento, parto pretérmino, síndrome de muerte súbita del lactante, desprendimiento prematuro de placenta, pérdida de bienestar fetal y daño cerebral entre otros.

A través de datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística, el 18,6% de mujeres fuman a diario y el 7,2% de mujeres beben a diario en España, siendo el inicio de consumo de dichas sustancias cada vez más prematuro.

Los defectos congénitos por el consumo de alcohol y tabaco materno se pueden prevenir, teniendo un papel fundamental las enfermeras ya que son responsables de la Educación para la Salud.

El objetivo de esta investigación es diseñar y proponer Intervenciones de Educación para la Salud grupales y programadas dirigidas a mujeres en edad fértil y a embarazadas para evitar las patologías en la gestación, los efectos nocivos en el embrión y en el feto del consumo de alcohol y tabaco.

JUSTIFICACIÓN

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(estudio realizado en 2014 recopilando datos de años atrás), el consumo de alcohol puro en 2010 per cápita en todo el mundo fue de 6,2 litros en la población mayor de 15 años, por lo que el consumo diario fue de 13,5 gramos. Además, en 2012 murieron 3,3 millones de personas a nivel mundial debido al consumo nocivo de esta sustancia. En 2014, se afirmó que Europa es la región que tiene el mayor consumo de alcohol per cápita en todo el mundo (1) .

También expuso en el 2015 que el consumo de tabaco mata anualmente a casi 6 millones de personas en todo el mundo, de las cuales 5 millones son fumadores activos y más de 600.000 son fumadores pasivos (2).

El alcohol y el tabaco son las sustancias psicoactivas más consumidas por la población española entre 15 y 64 años, según datos del Observatorio Español sobre Drogas (3), incluyendo en ese rango de edad a las mujeres que están en edad fértil y que quedan embarazadas (4).

El inicio de consumo de alcohol y tabaco en España es cada vez más prematuro. En base a los datos de 2013 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la media de edad de inicio en España de consumo de tabaco es de 16,4 años y la de alcohol de 16,7 años (5).

A través de datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2014 se conoce el porcentaje de población que consume tabaco y alcohol a partir de los 15 años en España, en base a la Encuesta Europea de Salud (6):

- El 18,6% de mujeres y el 27,6% de hombres fuman a diario. El porcentaje más elevado en las mujeres pertenece al grupo de 45 a 54 años y en los hombres al de 25 a 34 años. Estos datos no quieren decir que sea insignificante la cifra de consumo en las demás edades.
- El 1,9% de las mujeres y el 2,9% de hombres son fumadores ocasionales. En ambos sexos el porcentaje más elevado se encuentra entre el grupo de 25 a 34 años de edad.
- El porcentaje de mujeres de 15 años o más que ha consumido alcohol en los últimos 12 meses es del 57,7% y de hombres del 77,5%. El porcentaje más elevado en mujeres corresponde al grupo de edad de 35 a 44 años, y en los hombres pertenece al grupo de 45 a 54 años.
- El 7,2% de mujeres y el 23,3% de hombres consumen alcohol todos los días.

El alcohol y el tabaco son, con diferencia, las drogas con el mayor número de adictos en el mundo. Además, son las sustancias que comprenden el mayor coste sanitario y social. Como son drogas legales, su consumo es frecuente en nuestra sociedad (5).

Por tanto, el alcohol es una droga de abuso en muchos lugares del mundo, incluido nuestro país (7), lo que supone un gran problema de salud pública debido a los importantes efectos perjudiciales y a su elevado predominio. Según los datos obtenidos por el Observatorio Nacional sobre Drogas, España ha ocupado la sexta posición en relación al consumo de los demás países del mundo hasta el 2003, y aunque en los últimos años se encuentre por debajo de la media europea, los datos siguen siendo alarmantes (8). Las diferencias en el consumo de esta sustancia entre hombres y mujeres se han ido estrechando en los últimos años, debido al aumento de consumo por parte del sexo femenino en todo el mundo.

Especialmente, resultan llamativos los cambios en el consumo en la población de mujeres más jóvenes, siendo cifras muy parecidas a las de los varones (9).

Está comprobada la relación que existe entre el consumo de grandes cantidades de alcohol materno y serios problemas en el embrión y en el feto, aunque el consumo de pequeñas cantidades o moderadas no resultan inocuas para él (10).

El tabaco es la primera causa evitable de muertes a nivel mundial, y la exposición al humo del tabaco o tabaquismo pasivo es la tercera causa prevenible de morbimortalidad en España (11). Las mujeres embarazadas que fuman o que están expuestas al humo del tabaco son muy sensibles, ya que los efectos nocivos no solo van destinados a ellas, también acarrearán grandes problemas en el embrión y en el feto (12).

Tanto el alcohol como el tabaco atraviesan fácilmente la barrera placentaria llegando hasta el embrión o feto (7,13). Algunos de los riesgos de su consumo son parto pretérmino, bajo peso al nacer, síndrome de muerte súbita del lactante, desprendimiento prematuro de placenta, defectos congénitos, entre otros (14).

Los efectos nocivos que producen el consumo materno de alcohol y tabaco en la gestación, en el embrión y en el feto son evitables. Algunos de los factores de riesgo de su consumo son la falta de información sobre los efectos de dichas sustancias y los embarazos no planificados (9,15-17). Por tanto, debido a lo expuesto anteriormente y a su consumo excesivo es pertinente proponer intervenciones educativas por parte del personal sanitario suministrando una información correcta (4,8,18) a las mujeres en edad reproductiva y a embarazadas, realizando así una prevención primaria (16,19,20).

OBJETIVOS

- ❖ Prevenir las patologías en la gestación y los defectos congénitos causados por el consumo de alcohol y tabaco materno a través de Educación para la Salud a mujeres en edad fértil y gestantes.
- ❖ Diseñar una propuesta de Intervención Educativa Sanitaria para las mujeres en edad fértil y para las gestantes.
- ❖ Explicar cómo afecta en el desarrollo del embrión y el feto el consumo de alcohol y tabaco materno.
- ❖ Fomentar, desde la práctica enfermera, las medidas preventivas de las patologías en la gestación y los defectos congénitos por el consumo de alcohol y tabaco materno.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA SANITARIA

Antes de todo definiremos algunos términos:

PROMOCIÓN DE LA SALUD:

La Promoción de la Salud se define en la Carta de Ottawa (1986) como el “proceso que proporciona a los individuos (comunidades) los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de ese modo mejorar su nivel de salud” (21).

Resulta necesaria la aplicación de metodologías comunicativas y educativas para la salud en los espacios comunitario, familiar e individual, y en diversos escenarios para que el desarrollo de comportamientos saludables se realice de forma eficaz (22).

EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

“La Educación para la Salud es un medio que contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud”, según una de las vertientes que expone la OMS (21).

El objetivo que tienen las actividades educativas en salud es la adquisición de actitudes y de conocimientos para que la conducta individual y colectiva pueda ser modificada en temas de salud.

CHARLA DE SALUD:

La charla de salud se trata de una actividad educativa grupal que se puede realizar dentro del centro asistencial o fuera del mismo, abordando un tema específico que puede estar o no demostrado. El objetivo de dicha charla es la información, motivación y sensibilización de las personas con el autocuidado de la salud en el ámbito comunitario, ambiental y familiar, respecto a los ejes temáticos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (22).

Podremos utilizar determinadas técnicas educativas como (23):

- ❑ **Técnicas de encuentro:** para facilitar el encuentro del profesional y los participantes, favoreciendo la implicación y la motivación de los participantes en el proceso educativo.
- ❑ **Técnicas de investigación en aula:** para expresar, organizar y reflexionar sobre sus experiencias, sentimientos, conocimientos. Las más utilizadas han sido la tormenta de ideas y la utilización de cuestionarios.
- ❑ **Técnicas expositivas:** para el aumento y profundización de conocimientos. Las más utilizadas han sido exposición teórica con discusión y la repetición.
- ❑ **Técnicas de análisis:** para analizar situaciones, actitudes, sentimientos. La más utilizada ha sido el análisis de problemas y alternativas de solución.

CONCLUSIONES

- Las patologías en la gestación y los defectos congénitos causados por el consumo de alcohol y tabaco materno son prevenibles.
- Las Intervenciones de Educación para la Salud constituyen herramientas eficaces para informar a las mujeres en edad fértil y a las embarazadas sobre los hábitos saludables que deben seguir.
- Las Intervenciones Educativas Sanitarias son útiles para explicar cómo afecta en el desarrollo del embrión y el feto el consumo del alcohol y tabaco materno.
- Las funciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades son necesarias para el ejercicio profesional de las enfermeras, como en este caso, en el que los profesionales de enfermería tienen una gran responsabilidad en la Educación para la Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization . Global status report on alcohol and health. 1ªed. Luxemburgo. 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2015; [citado 18 Junio 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
3. García-Algar O, Mur Sierra A. Exposición a drogas de abuso en pediatría. Anales de pediatría. Barcelona: Elsevier. 2013. p. 65-67.
4. Blasco-Alonso M, Cuenca Campos F , Gálvez Montes M, González-Mesa E, Lozano Bravo I, Merino Galdón F et al. Exposure to tobacco, alcohol and drugs of abuse during pregnancy. A study of prevalence among pregnant women in Malaga (Spain). Adicciones.[Internet]. 2015;[citado 18 de Enero 2019] 27(2). Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/695>

5. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Estadísticas 2015- Alcohol, tabaco y otras drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad SS e I. Madrid. 2015.
6. Instituto Nacional de Estadística (INE). Determinantes de salud (consumo de tabaco, exposición pasiva al humo de tabaco, alcohol, problemas medioambientales en la vivienda). 2016.
7. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2014; [citado 18 Enero 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
8. García-Lara NR, Joya X, Manich A, Pichini S, Vall O, Velasco M et al. Validez del cuestionario de consumo materno de alcohol para detectar la exposición prenatal. An Pediatr. Barcelona: Elsevier. 2013;76 (6). p.324-328.

9. Arán Filippetti V , Cremonte M, López MB. Consumo de alcohol antes y durante la gestación en Argentina: prevalencia y factores de riesgo. Rev Panamericana Salud Pública. 2015; 37(4/5).p. 211- 217.

10. Bonilla García AM, Miranda Moreno MD, Rodríguez Villar V. Trastorno del espectro alcohólico fetal durante el embarazo. TRANCES. [Internet]. 2016;[citado 18 Junio 2019] 8(3). Disponible en:
http://www.trances.es/papers/TCS%2008_3_2.pdf

11. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Tabaquismo, papel del Pediatra de Atención Primaria. Documentos técnicos del GVR. [Internet]. 2013; [citado 18 Enero 2019]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/gvr/dt-gvr-8_tabaco.pdf Farabello SP, Goldaracena CA, Grenóvero S, Piaggio N, Piaggio OLA, Taus MR et al. Cotinina urinaria en embarazadas expuestas al humo ambiental del tabaco que concurren a controles prenatales en la ciudad de Gualeguaychú. Acta toxicológica Argentina. [Internet]. 2014; [citado el 18 Junio 2019] 22(3). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185137432014000300001

12. Farabello SP, Goldaracena CA, Grenóvero S, Piaggio N, Piaggio OLA, Taus MR et al. Cotinina urinaria en embarazadas expuestas al humo ambiental del tabaco que concurren a controles prenatales en la ciudad de Gualeguaychú. Acta toxicológica Argentina. [Internet]. 2014; [citado el 8 de Enero 2017] 22(3). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185137432014000300001

13. Cancer.org [Internet]. 2015 [citado 18 Junio 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/tabaco-y-cancer/efectos-de-fumar-durante-el-embarazo-o-la-lactancia.html>

14. De Álvaro Prieto MÁ, Martínez González F. Guía de intervención breve para evitar el consumo de alcohol y tabaco en mujeres embarazadas. 2013.

15. Edgar López D, Fuentes Moya JM, Fuentes Soliz JA, Vidal Lia OV. Consumo de alcohol durante el embarazo:múltiples efectos negativos en el feto. Rev Cient Cienc Méd. [Internet]. 2013; [citado 18 Junio 2019] 12(2). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200010

16. Pfinder M. Anthropometric and Health-Related Behavioral Factors in the Explanation of Social Inequalities in Low Birth Weight in Children with Prenatal Alcohol Exposure. Int J Environ Res Public Health. [Internet]. 2014; [citado 18 de Junio 2019] 11 (1).p. 849-865. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3924478/>

17. López MB. Saber, valorar y actuar: relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. Salud y Drogas (Health and Addictions). [Internet]. 2013; [citado 18 de Junio 2019] 13(1). Disponible en: <http://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/1387>

18. Rivolta S, Suárez HA. Trastornos del espectro alcohólico fetal- Biomarcadores del consumo de etanol durante la gestación. Rev de Salud Pública. [Internet]. 2016; [citado 18 de Junio 2019] 20(1). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/12057/14463>

19. Da Rosa M, Moraes M, Nóbile N, Ramos C, Saralegui E, Teixeira F. Alcohol y embarazo: análisis de estrategias para disminuir el consumo de alcohol en mujeres en edad reproductiva en Uruguay. Rev AnFaMed. [Internet]. 2016; [citado 18 de Junio 2019] 3(1). Disponible en: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/187/94>

20. Bermejo E, Martínez-Fernández ML, Martínez-Frías ML, Rodríguez-Pinilla E. Pautas de prevención de defectos congénitos con especial referencia a los niveles primario y secundario- Guías de actuación preventiva desde la Atención Primaria. Semergen. 2011; 37(8).

21. SemFYC. ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un Centro de Salud? 2ª ed. [Internet]. Madrid; 2013. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf>

22. Minaya León LC. Guía para el desarrollo de charlas y talleres Lima. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://cap3mantaro.webcindario.com/pdf/guiaDCT.pdf>

23. Riquelme Pérez M. Metodología de educación para la salud. Rev Ped Aten Primaria. [Internet]. 2012; [citado 18 Enero 2019] 14(22) .p.77-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v14s22/11_sup22_pap.pdf

TEMA 110. ANÁLISIS DE RIESGO DE FRAGILIDAD/MORTALIDAD CUANDO ANALIZAMOS A LOS >65 AÑOS CON TEST DE CHARLSON VS LAWTON-BRODY. ESTUDIO PYCAF.

MARÍA JOSÉ FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- **OBJETIVOS**
- **METODOLOGÍA**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIONES**

OBJETIVOS

Determinar qué grado de influencia tiene sobre la Fragilidad, definida con los test clásicos de Lawton-Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria, cuando realizamos además Valoración de comorbilidad de Charlson instaurado en 1987 para evaluar la mortalidad a un año.

METODOLOGÍA

Estudio epidemiológico, observacional, analítico y multicéntrico realizado en consulta de Atención Primaria en condiciones de práctica clínica habitual en pacientes > 65 años, en España. El estudio fue aprobado por el CEIC del Hospital Clínico San Carlos (Madrid). Se registraron variables socio-demográficas, Valoración geriátrica mediante test de Pfeiffer y Charlson. Siendo Lawton-Brody 8 el máximo posible y 0 el mayor nivel de dependencia. Se realizó estadística descriptiva y para estudiar las diferencias entre grupos, la medida de la magnitud del efecto, con intervalos de 95% y $\alpha=0.05$. Los valores p fueron ajustados por edad.

RESULTADOS

Se incluyeron 2.461 pacientes, edad media: $76,04 \pm 6,88$ años, 57,9% mujeres. Los ≥ 80 representan el 31.9, con similar reparto por género. Charlson nos muestra con 0-1 al 53.4%, siendo hombres el 47.5% (IC 43.1-51.9 para hombres, 54.2-61 para mujeres, y global de 50.7-56.1). Con 2 puntos el 16.8%, siendo hombres el 18.3%. (IC de 12,8-23.8 para hombres, 10.9-20.4 para mujeres y global de 13.1-20.4). Con 3 puntos 29.9%, siendo para hombres de 34.2% y 26.8 para mujeres. (IC 29.3-39.1 para hombres, 22.3-31.2 para mujeres y global de 26.6-33.2) y $p < 0.001$ diferencia con las mujeres

CONCLUSIONES

El Test de Charlson/ Test de Lawton-Brody, por genero manifiesta mayor riesgo de mortalidad cuanto menor autonomía presentan. $p < 0.001$. Y es el hombre más que la mujer. $OR = 0.426$ (0.330-0.550) $p < 0.001$ con nivel de puntuación en Charlson de ≥ 3 puntos.

TEMA 111. BURNOUT DEL PERSONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

LORENZO GAYO GONZÁLEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **MÉTODO**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSION**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

El síndrome de burnout es el resultado de la combinación de diversos factores laborales, personales e institucionales, que llevan al individuo a una situación de estrés mantenida en el tiempo, hasta el punto del agotamiento de sus recursos.

OBJETIVOS

Analizar la frecuencia de los casos de acoso entre profesionales sanitarios, y conocer los diferentes factores que intervienen en la aparición del síndrome.

MÉTODO

Se llevo a cabo una revisión sistemática de diferentes publicaciones sobre el acoso entre el personal sanitario, de los últimos años. Se han utilizado parámetros de búsqueda como estrés, acoso laboral, quemado, mooving...

RESULTADOS

Se prevé un aumento de la prevalencia de los casos de acoso laboral, debido al aumento de la exposición de los trabajadores a los riesgos psicosociales que conllevan los cambios socioeconómicos, demográficos y políticos que se están sucediendo. Las profesiones sanitarias, como profesiones asistenciales, se encuentran expuestas a muchos de estos factores, siendo consideradas grupo de alto riesgo. Las repercusiones del mismo en la salud física y mental suponen un gran problema, que influye en la calidad de la asistencia y ocasiona grandes costes a la organización.

CONCLUSION

El burnout no solo repercute en la salud física y mental del trabajador, sino que también compromete la calidad asistencial, disminuye la productividad, el rendimiento y la competencia, aumenta el absentismo, se relaciona con un incremento de los accidentes y puede incluso conducir al abandono del puesto de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Gil-Monte P, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis; 1997.
- Ferrer R. Burnout o síndrome de desgaste profesional. Med Clin (Barc). 2002;119:495-6.
- Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. Med Clin (Barc). 1994;103:408-12.
- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de burn-out en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública. 1997;71: 293-303.

TEMA 112. COMPLICACIONES EN LA FRACTURA DE COLLES INTERVENIDA.

FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGÓN

ANA CANO TURPIN

CARMEN ORTIZ GIMENEZ

FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIÁ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CASO CLÍNICO**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La fractura de Colles, se define como la fractura del extremo distal del radio, pudiendo ir acompañada de fractura por arrancamiento de la estiloides cubital y rotura del fibrocartílago articular (1).

Es una de las fracturas más comunes en los servicios de urgencia (2).

La recuperación funcional de esta fractura suele ser hacia la mejoría. Después de tres meses, hay una mejoría significativa y pasados seis meses una discapacidad mínima, si no es así, sugiere que han aparecido complicaciones (3). Tiene una tasa de complicaciones mayor o igual a un tercio. El tratamiento de fisioterapia es esencial para detectar estas complicaciones (4).

Estas complicaciones pueden ser agudas, como reducción inadecuada, hematoma, edema, síndrome compartimental, infección postoperatoria y síndrome del túnel del carpo. Y complicaciones subagudas y tardías como rigidez de muñeca, dedos y codo, sinovitis, pérdida de reducción, falta de consolidación, consolidación viciosa, ruptura tendinosa, inestabilidad radio-cubital distal y síndrome doloroso regional complejo (5).

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años sufre caída con muñeca derecha en extensión, nota intenso dolor en el momento de la caída, chasquido e impotencia funcional y deformidad de la extremidad afectada. En el servicio de urgencias se le realiza radiografía y es diagnosticada de fractura desplazada del extremo distal del radio. Se reduce la fractura y se fija mediante placa de compresión y se le indica medicación analgésica. La paciente es remitida al servicio de rehabilitación. Durante el periodo de inmovilización la paciente es tratada con magnetoterapia. Cuando finaliza el periodo de inmovilización, en la anamnesis la paciente presenta cicatriz muy adherida y dolorosa, pérdida evidente de la masa muscular del antebrazo, edema, dolor y disminución del rango articular importante, tanto en la movilidad activa, como en la movilidad pasiva, siendo los movimientos dolorosos. No presenta signos neurológicos.

El tratamiento que se le realiza es parafina (termoterapia de conducción), movilizaciones activas de prono supinación de codo y flexoextensión, terapia manual de muñeca, técnicas articulares de tracción y de deslizamiento, técnicas musculares, estiramientos y ejercicios adecuados a su evolución. La paciente es muy colaboradora y se le enseñan ejercicios de fortalecimiento y automovilización para el domicilio. La paciente no presenta la evolución esperada, refiriendo rigidez en los movimientos.

CONCLUSIÓN

Según González Hernández (5), la rigidez en el movimiento de la muñeca como complicación de una fractura de colles intervenida, es mucho más frecuente con abordajes quirúrgicos por vía dorsal, puesto que los tendones quedan en contacto muy estrecho con el implante o placa dorsal y se provoca irritación, sinovitis y ruptura por fricción. Tras concluir el tratamiento de rehabilitación la paciente presenta una mejoría importante del edema y del dolor, pero en el rango articular de la muñeca es evidente cierta rigidez.

BIBLIOGRAFÍA

1.Serra Gabriel M^a R, Díaz Petit J, de Sande Carril M^a L. Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología. Barcelona: Springer;1997.

2.Galindo Casut E. Tratamiento rehabilitador integral en pacientes con fracturas de Colles consolidadas. MEDISAN [Internet]. 2014 Mar [citado 2019 Jun 15] ; 18(3): 334-339. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000300006&lng=es.

3.Kasapinova K, Kamiloski V. Pain and disability during six months in patients with a distal radius fracture. Prilozi. 2009 Dec;30(2):185 96.

BIBLIOGRAFÍA

4. Tremayne A, Taylor N, McBurney H, Baskus K. Correlation of impairment and activity limitation after wrist fracture. *Physiother Res Int.* 2002;7(2):90-9.

5. González Hernández, E. Complicaciones de fracturas de radio distal. *Ortho-tips [Internet].* 2011 Enero-Marzo, [citado 2019 Jun 15] ; 7 (1):39-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/orthotips/>

TEMA 113. “PREVENCIÓN CÁNCER DE COLON Y DIAGNÓSTICO PRECOZ: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”.

PATRICIA SÁNCHEZ MONTESINOS

CRISTINA MARTINEZ RUMBO

SANDRA GARCÍA VILLA

SILVIA GÓMEZ PARDO

ÍNDICE

• ABREVIATURAS.....	3
• RESUMEN.....	4
• ABSTRACT.....	6
• INTRODUCCIÓN: OBJETIVOS.....	8
• MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
• RESULTADOS.....	28
• DISCUSIÓN.....	39
• CONCLUSIÓN.....	47
• LIMITACIONES.....	52
• RECOMENDACIONES.....	54
• BIBLIOGRAFÍA.....	57
• ANEXOS: ANEXO 1, ANEXO 2, ANEXO 3.....	71

ABREVIATURAS

RB: Revisión Bibliográfica.

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado.

EBSCO: Elton B. Stephens COmpany.

REED: Revista Española de Enfermedades Digestivas.

CCR: Cáncer Colorrectal.

CRC: Colorectal Cancer.

SOH: Sangre oculta en heces. **FOBT:** Fecal occult blood test.

FDR: Familiares de primer grado.

GP: General Practitioner (= Médico General).

DX: Diagnóstico.

PDTR: Programa de diagnóstico y tratamiento rápido.

IDT: Intervalo Diagnóstico-Terapéutico

RESUMEN

Introducción: La incidencia del cáncer de colon ha aumentado en los últimos años constituyendo un gran problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo. El CCR, es la enfermedad neoplásica más común del tubo digestivo, siendo el tercer cáncer más incidente en hombres y el segundo en mujeres. Cuando se descubre a tiempo, el CCR es altamente tratable, por lo que programas de detección precoz y seguimiento ayudarán a disminuir las tasas de morbimortalidad. **Objetivo:** Determinar el estado actual en el campo de la prevención sobre el cáncer de colon.

Material y Método: Revisión bibliográfica llevada a cabo en las bases de datos Medline, Pubmed, LILACS, EBSCO y Scielo; Además de otras fuentes documentales como la base de datos Proquest y la REED. Se realizó pues, una búsqueda, selección y clasificación de artículos que cumplieran los criterios de selección. **Resultados y conclusiones:** Los resultados muestran que la implantación de estrategias de prevención disminuye tanto la incidencia como la mortalidad por cáncer de colon. No obstante, no existe relación entre la demora diagnóstica y el estadio del tumor. **Palabras Clave:** Cáncer Colon. Cáncer Colorrectal. Prevención. Diagnóstico precoz. Pruebas de cribado.

ABSTRACT

Introduction: The incidence of colon cancer has increased in recent years to be a major public health problem in both developed and developing. CRC is the most common neoplasm of the digestive tract, the third most incident cancer in men and second in women. When caught early, CRC is highly treatable, so early detection programs and monitoring help reduce morbidity and mortality rates. **Objective:** Determine the current status in the field of prevention of colon cancer. Identify prevention strategies.

Material and Methods: Review conducted in the databases Medline, Pubmed, LILACS, and SciELO EBSCO; addition to other documentary sources such as Proquest database and the SJDD. It was performed a search, selection and classification of articles that met the selection criteria. **Results and Conclusions:** The results show that the implementation of prevention strategies reduced both the incidence and mortality from colon cancer. However, no association between diagnostic delay and stage of the tumor. **Keywords:** Colon Cancer. Colorectal Cancer. Prevention. Early diagnosis. Screening.

INTRODUCCIÓN

El cáncer ha sido clasificado como una enfermedad crónico-degenerativa, que presenta una evolución prolongada y progresiva si no sufre interrupción en alguna de sus fases; constituyendo un gran problema de salud pública en los países desarrollados y en vías de desarrollo. ⁽¹⁾

En muchas ocasiones, el cáncer solamente es diagnosticado en fases más avanzadas, lo que empeora su pronóstico, aumentando así la mortalidad por la enfermedad. La prevención en este caso es fundamental, pues es lo que va hacer posible detectar el cáncer en una fase suficientemente inicial para conseguir tasas de curación altas con el consiguiente descenso de la morbilidad, disminución de la mortalidad y mejoría de la calidad de vida de los pacientes. ⁽¹⁻²⁾

El cáncer colorrectal (CCR) es aquel que se produce en el colon y en el recto; también se le denomina cáncer de colon (enfermedad neoplásica más común del tubo digestivo) y puede afectar a cualquiera de los cuatro segmentos del colon: Colon ascendente, colon transverso, colon descendente y colon sigmoide. (3-4)

Como describe Ramos Monserrat, se ha observado que en los países donde la incidencia del CCR es alta, predominan los cánceres de colon sobre los de recto, mientras que en aquellos donde la incidencia es baja, predominan los de recto sobre los de colon o ambos están muy igualados y, entre los cánceres de colon, predominan los de colon proximal. (3)

En cuanto a la incidencia a nivel mundial, decir que el cáncer colorrectal es el tercer cáncer más incidente en hombres (después de pulmón y próstata) y el segundo en mujeres (tras el de mama), constanding con cifras del 55,4% y 34,6% por cada 100.000 habitantes, respectivamente; tiene una distribución mundial, con las tasas de mortalidad más altas en Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y Europa Oriental. En la Unión Europea es uno de los cánceres más frecuentes; las tasas son uniformemente más bajas que en USA, pero cada año se diagnostican 300.000 casos nuevos y se producen alrededor de 200.000 muertes por esta causa en ambos continentes; España se sitúa en una posición por debajo de la media europea.

Sin embargo, y al igual que la incidencia, la mortalidad en hombres por este tipo de cáncer respecto a las mujeres sigue siendo mayor, como se reflejó en el año 2005 siendo las tasas de defunción en hombres de un 14,5% y 11,9% en mujeres ⁽³⁻⁵⁾. En el *Anexo 1* ⁽¹⁹⁾ se podrá ver información adicional sobre datos sociodemográficos del CCR.

Pese a ser uno de los cánceres más frecuentes entre la población, el nivel de información y conocimientos sobre este tumor es mayoritariamente bajo. Un 54% de la población reconoce tener poca o ninguna información sobre el cáncer colorrectal ⁽⁶⁾.

El **riesgo** de cáncer de colon es similar en ambos sexos, y aumenta con la vejez, siendo diagnosticados en personas mayores de 50 o más años el 90% de los casos. Aunque no puede descartarse la predisposición racial, por lo general se piensa que la mayoría de las diferencias geográficas son resultado de las influencias ambientales.

Distinguimos pues, factores de riesgo con predisposición genética al cáncer: antecedentes personales o familiares de pólipos adenomatosos y de cáncer colorrectal, enfermedad intestinal inflamatoria y síndromes hereditarios de cáncer de colon y rectal, como por ejemplo la poliposis adenomatosa familiar; y factores de riesgo modificables como: el consumo de tabaco, la actividad física limitada, la obesidad, la diabetes de inicio en edad adulta, así como el consumo de una dieta con cantidades elevadas de carnes rojas (ternera, hígado, cordero) y procesadas (carne picada, fiambres) y con escaso contenido en frutas y verduras (4-5).

Respecto a los **síntomas** al ser inespecíficos, decir que pueden aparecer en otras enfermedades distintas al cáncer, como hemorroides, trastornos digestivos, diarreas.

Sin embargo, ante la aparición de cualquiera de ellos es fundamental acudir al médico para que realice el diagnóstico y tratamiento oportuno. Entre ellos encontramos: Sangre en heces (con la posible y consiguiente anemia), cambio en el ritmo de las deposiciones, heces más estrechas, tenesmo o sensación de evacuación incompleta, dolor abdominal, cansancio extremo o pérdida de peso sin causa aparente⁽⁴⁻⁶⁾.

Por lo tanto, para reducir el impacto del cáncer, es necesario que se reduzca, en primer lugar, la presencia de los factores de comportamiento y ambientales que aumentan su riesgo. Asegurando programas de seguimiento y protocolos de tratamientos basados en evidencias que sean accesibles.

Así pues, volvemos a recalcar la importancia de la prevención ya que alrededor de un 75-80% de los cánceres pueden atribuirse a factores externos, que por lo general, la persona podrá modificar y por tanto disminuir el riesgo de desarrollar cáncer (1-6).

Las pruebas que se han considerado para la detección de la población incluyen variantes de la prueba de sangre oculta heces, la colonoscopia, la sigmoidoscopia e incluso el TAC. Pese a esto y de los incuestionables avances en los tratamientos quirúrgicos y oncológicos, las tasas de supervivencia en estadios avanzados no se han modificado de forma sustancial en los últimos años, así como que la rapidez en conseguir el diagnóstico no garantiza un estadio precoz (2-4-7-8).

Según el Informe Mundial sobre el Cáncer la incidencia del cáncer podría aumentar en un 50 % hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos. Los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de los profesionales sanitarios en el campo de la salud pública pueden frenar esta tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo⁽⁵⁾.

"La OMS considera que la detección precoz comprende tanto el diagnóstico precoz, que se practica en la población que muestra síntomas, como el screening practicado en la población que no tiene síntomas, pero que corre riesgos" (8).

La inversión de recursos humanos y económicos destinados a esta enfermedad han promovido considerables esfuerzos en investigación con el objetivo de evaluar la capacidad de los test de cribado para la detección del cáncer en un estadio precoz, pues en el caso del cáncer de colon presenta muchas posibilidades de curación cuando se detecta de forma temprana. Si se diagnostica en una fase precoz, la supervivencia a los 5 años es de aproximadamente el 90%. El objetivo de la detección del cáncer de colon es encontrar pólipos precancerosos para que se pueden eliminar antes de que se canceroso (2-4-7-9).

La educación sanitaria que podemos ofrecer los profesionales de enfermería respecto a lo que pueden esperar los pacientes en esta situación y respecto a cómo adaptarse a los cambios físicos tiene una gran importancia.

Es necesario que los pacientes identifiquen a las personas que les pueden apoyar, como sus familiares o amigos, y debemos pedirles permiso para incluir a estas personas en nuestra tarea educativa. Así, su control depende esencialmente de acciones en las áreas de la promoción de la salud, protección específica y del diagnóstico precoz de la enfermedad ⁽¹⁾.

En el siguiente documento se pretende hacer una revisión bibliográfica en el que se compararán diferentes estudios acerca del diagnóstico precoz y prevención del cáncer de colon, ya que es un tema actual y es uno de los pocos cánceres prevenibles antes de que lleguen a un estadio mayor; y dado que como enfermeros el tema de la prevención es esencial en nuestro campo, se tratará también los diferentes tipos de pruebas de cribado para dicha detección así como la adhesión de los pacientes a éstas, los factores de riesgo y el pronóstico de dicha enfermedad.

Nuestro objetivo será por consiguiente verificar que un incremento de la prevención puede evitar que esta enfermedad llegue a una fase tardía, así como la importancia de hacer programas de detección precoz es importante para lograr altas tasas de curación y disminución de la morbimortalidad.

OBJETIVOS:

- El objetivo general de esta revisión fue determinar el estado actual en el campo de la prevención sobre el cáncer de colon. Para ello, se expusieron los siguientes objetivos específicos:
- Identificar estrategias de prevención. Conocer principales pruebas de detección.

- Determinar la adherencia a las pruebas de cribado y las barreras en la participación.
- Evaluar la efectividad de programas de diagnóstico rápido del CCR.
- Valorar tasas de supervivencia del cáncer.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para el desarrollo de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica, la cual puede definirse como *"un estudio observacional en que la población de estudio está formada por los mejores artículos originales realizados sobre el tema objeto de la revisión"* ⁽¹⁰⁾

Como se detalla anteriormente y para poder responder a nuestra pregunta, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva para el desarrollo de dicha RB, centrándose en aquella más actual y reconocida. Se utilizaron diferentes estrategias de búsqueda y se recoge información de las siguientes bases de datos: Medline, Pubmed, LILACS, EBSCO y Scielo; centradas todas ellas en el objetivo general del estudio.

Además se utilizaron otras fuentes documentales que aportaron información como la base de datos Proquest y la Revista Española de las Enfermedades Digestivas.

Se optó por utilizar Medline, pues probablemente sea la base de datos de bibliografía médica y biomédica más amplia que exista y Pubmed por ser un motor de búsqueda de libre acceso a dicha base, siendo ambas de gran repercusión a escala mundial. Respecto a LILACS, se empleó por ser un importante índice bibliográfico en literatura de ciencias de la salud, publicada en los países latinoamericanos. Scielo, porque, además de su trascendencia internacional, fue útil al publicar de manera electrónica publicaciones a texto completo de acceso abierto.

Por otro lado, EBSCO esta indexada a una gran variedad de base de datos y suministra materiales como libros, informes o revistas. En cuanto a Proquest, ofrece la oportunidad de acceder a la información de diversos archivos de diferente índole, los cuales son actualizados diariamente y revisados por expertos, el material que oferta se encuentra en español e inglés a texto completo. Por último, REED fue un descubrimiento gracias a la base de datos Pubmed, esta revista permite ampliar y actualizar conocimientos en el campo del aparato digestivo; se distribuye oficialmente entre los profesionales de la medicina y está autorizada como soporte válido.

Criterios de Inclusión: Respecto a la metodología empleada por los diferentes estudios se decidió incluir aquellos cuyo carácter fuera original y científico. Dichos estudios habían de cumplir con nuestros límites de búsqueda, así pues, se incorporaron aquellos que: dispusieran de texto completo y resumen; estuviesen comprendidos entre los años 2008-2013; que se diesen en humanos (tanto hombres como mujeres), incorporando a todos los adultos con un intervalo de edad ≥ 19 años. Sólo se incluyeron las publicaciones científicas en inglés, español y/o portugués. Se dio prioridad a los más relevantes y recientemente publicados.

Criterios de Exclusión: Se desechan aquellos artículos que se centraron en el tratamiento una vez instaurado el cáncer colon, enunciados que comparasen el cribado de éste con otro tipo de tumores (bien gastrointestinales u otro tipo), aquellos que hablaron de recomendaciones postoperatorias o los que describieron aspectos morfológicos y clínicos en pacientes resecados por CCR. Se descartan protocolos, editoriales, directrices y revisiones bibliográficas o meta-análisis, así como cartas de opinión.

Para la elaboración de la revisión bibliográfica , se realizó la selección de los artículos mediante la filtración de las palabras clave en los diferentes recursos utilizados, y las cuales debían estar presentes en los títulos y resúmenes (todos los campos). Desde el principio de la búsqueda se intentó minimizar al máximo el número de artículos para intentar hacer menos dificultosa tal búsqueda e intentar encontrar aquellos artículos más afines al estudio.

Se utilizaron diferentes estrategias de búsqueda, atendándose a las palabras clave de cáncer colon “AND” prevención, con la finalidad de limitar la búsqueda al tema en cuestión. Para acotar más dicha búsqueda se utilizaron los operadores booleanos y criterios de inclusión descritos anteriormente, utilizando términos DeCS y palabras de texto libre. Las diferentes estrategias estaban encaminadas a identificar estudios que trataran sobre nuestros objetivos.

La estrategia de búsqueda consistió en realizar, en primer lugar, una búsqueda simple en la que las palabras clave fueron principalmente: cáncer colon o cáncer colorrectal y prevención (prevention); posteriormente se ejecutó una búsqueda más avanzada en la se usaron los limites anteriores y operadores boléanos "AND" y se fueron intercalando otras palabras como: cribado (screening), diagnóstico precoz (early diagnosis). La selección de artículos se realizó leyendo el título y el resumen de los mismos; aquellos que pensábamos que cumplirían nuestros criterios de selección fueron sometidos a una lectura a texto completo, desechándose algunos por no cumplir dichos criterios. En el Anexo 2 explicaremos como se llegó a la selección final de los artículos, así como la totalidad obtenida (resultados).

Este método de búsqueda nos permitió la elaboración de la RB y además ha favorecido el encuentro de otro tipo de material como gráficas y tablas diseñadas para la presentación y clarificación de resultados, añadidos a la revisión a modo de anexos.

RESULTADOS

Una vez realizada la búsqueda bibliográfica, tal y como se muestra en el Anexo 2, se concluye que de los artículos utilizados para la revisión, un total de 20 estudios cumplían todos los criterios de la búsqueda, así pues, de las diferentes bases de datos y revistas se recolectaron los siguientes artículos: Medline (5 artículos), Pubmed (4 artículos), Proquest (1 artículo), REED (6 artículos), LILACS (1 artículo), EBSCO (1 artículo), Scielo (2 artículos). Todos ellos hicieron posible ver como es la situación actual de la prevención en el cáncer colorrectal.

Tras la recolección de datos se realizó la pre-lectura, lectura selectiva e interpretativa, y estos estudios fueron clasificados según el tipo de diseño. Como se puede observar en la Tabla 1 (Anexo 3) se obtuvo una mayoría de estudios clínicos aleatorios con un total de 6 artículos (11 al 16) y estudios observacionales, también con otros 6 artículos (17 al 22), 5 estudios de corte transversal (23 al 27), 2 estudios piloto (28-29) y 1 estudio cuasiexperimental (30). El resumen y las conclusiones de los estudios quedan recogidos en la ya citada Tabla 1.

A pesar de que en nuestros criterios de inclusión el intervalo de tiempo datase desde el 2008 hasta el 2013, en general los artículos utilizados pertenecían al año 2012 (9 estudios), seguidos de los que correspondían al año 2011 (6 estudios) y obteniéndose un total de 3 y 1, en los años 2009 y 2008-2010, respectivamente; del año 2013 no hubo ningún resultado.

Respecto a los países se recogieron datos en su mayoría Europeos (España inclusive), aunque también hubieron participantes de América y Oceanía, perteneciéndoles pues 13 artículos, 5 y 1, respectivamente. Uno de los estudios ⁽¹⁵⁾ no deja claro donde se realizó el estudio, sin embargo su población está formada por asiáticos (China en su mayoría) y latinos. En relación con la edad el 60% escogieron poblaciones de entre 50 y 80 años, encontrándose sólo 4 artículos que desarrollan su estudio teniendo en cuenta, además, a adultos jóvenes; en todos ellos no hubo distinción de sexo.

Como también se puede observar en la Tabla 1, el tamaño de la muestra es muy diverso, encontrándonos artículos desde $n = 154.900$, hasta $n = 143$; agrupando estas muestras en tres grupos de mayor a menor, podemos decir que, 8 estudios poseían poblaciones de entre 100-1.000 personas, 5 entre 1.000-10.000 personas y 7 estudios incluían muestras mayores a 10.000. Esta forma de agrupación y en relación con los diseños de estudios se puede observar que, los ECA, en su mayoría presentaron muestras mayor de 10.000 ⁽¹¹⁻¹⁴⁻¹⁶⁾, sólo uno del grupo entre 1.000-10.000 ⁽¹³⁾ y dos entre 100-1.000 ⁽¹²⁻¹⁵⁾. Los observacionales por su parte sólo contaron con una muestra mayor a 10.000 personas ⁽²¹⁾, dos con cifras entre 1.000-10.000 ⁽¹⁷⁻²²⁾ y en su mayor parte, tres entre 100-1.000 ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁾.

Los transversales por su parte obtuvieron dos en los dos primeros grupos (1º: 25-26// 2º:23- 27) y uno en el tercer grupo ⁽²⁴⁾. Ambos estudios piloto ⁽²⁸⁻²⁹⁾ poseían una muestra mayor a 10.000 sujetos; mientras que nuestro único estudio cuasiexperimental constaría con una muestra de 156 personas ⁽³⁰⁾.

Al indagar en nuestros estudios observamos que tanto para determinar estrategias de prevención como adherencia a las pruebas de cribado, así como evaluar la efectividad de programas de diagnóstico rápido del CCR y valorar las tasas de supervivencia del cáncer, todos nuestros artículos mencionan en alguna ocasión la colonoscopia y FOBT, siendo estas pruebas las más usadas o conocidas.

Los ensayos clínicos aleatorios (13-14-15-16) junto con los estudios transversales (23-24-25-27), observacionales (17-21) y ambos estudios piloto (28-29) analizaron las diferentes estrategias de prevención así como la adherencia a las recomendaciones y pruebas de cribado y las existentes barreras en la participación. De este modo se pudo observar la mayor participación por parte de las mujeres y menor en personas más jóvenes (riesgo medio), en cualquiera de los casos siempre hubo mayor adhesión al test de sangre oculta en heces que a la colonoscopia; Se observó también que el poseer antecedentes familiares, tener un mayor nivel educativo así como unos ingresos mayores determinó una mayor frecuencia de participación en las pruebas de cribado.

Del mismo modo, que el paciente tuviera la percepción de poder desarrollar cáncer en el futuro (percepción positiva del cribado), hizo que mayor fuera su probabilidad de participar en el screening y de mantener una conducta preventiva. La familia igualmente podría constituir un elemento potenciador aunque no fuera responsable del mantenimiento de una conducta preventiva en el tiempo por parte del paciente. Además se demostró que llevar a cabo un estilo de vida saludable, teniendo en cuenta los factores de riesgo (actividad física, circunferencia cintura u obesidad, tabaco, alcohol y dieta: consumo carnes rojas y procesadas) provoca la disminución de riesgo de la enfermedad y de mortalidad (22-24).

Por otro lado, el considerar las preferencias del paciente al hacer recomendaciones de cribado y dar opciones a través de la toma de decisiones compartida había demostrado ser un valor predictivo positivo de la participación en la CCR. Sólo el estudio piloto de Hee Rim et al. ⁽²⁹⁾ dejó explícito que el conocimiento de los sanitarios respecto al cáncer de colon podría mejorarse. También se evidenció que la realización de investigaciones a través de seguimiento bien telefónico o por correo adhiere mayor escala de participantes, pues el hecho de tener que ir al médico y el tiempo de espera actuaban como barreras de participación ⁽¹²⁻¹⁶⁻²³⁻²⁷⁾. Un ECA ⁽¹³⁾ sugirió la importancia de usar un registro de cáncer basado en la población para poder así acceder a la población diana.

De los 20 estudios seleccionados, un ECA ⁽¹¹⁾, cuatro observacionales ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻²¹⁾, un transversal ⁽²⁶⁾ y el cuasiexperimental ⁽³⁰⁾ evaluaron la efectividad de programas de diagnóstico rápido del CCR a la par que valoraron las tasas de supervivencia del cáncer. Hay que hacer especial mención en que todos estos estudios fueron desarrollados en España, a excepción del estudio transversal el cual tuvo lugar en Cuba. El estudio de Cerdán Santacruz et al. ⁽¹⁸⁾ concluyó que el retraso diagnóstico en la actualidad es de 7,28 meses, y a pesar de que la mayoría cursa con sintomatología como la rectorragia (58% de los pacientes), como muestran este y otros estudios ⁽¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰⁻³⁰⁾, resulta controvertido saber si requiere una evaluación rápida cuando se da de manera aislada, debida a su alta prevalencia en otro tipo de afecciones.

También se observó que la demora diagnóstica no sólo se debe a la tardanza en el reconocimiento de síntomas y derivación al especialista si no también en la demora por parte del paciente que tarda en acudir y preguntar a su médico, siendo estas últimas situaciones las que se podrían mejorar al implicar a los pacientes como responsables de su propia salud. Por otro lado, se observó que la implantación de programas de rápido diagnóstico no han logrado aumentar de forma significativa el número de tumores en estadio precoz, a diferencia de los de cribado; no obstante reducen los tiempos asistenciales y la ansiedad que acompaña al paciente el estudio diagnóstico por sospecha de cáncer.

Los estudios en los que los pacientes ingresaron en este tipo de programas determinaron que el intervalo diagnóstico-terapéutico fue de 39,20 días ⁽³⁰⁾ y un intervalo de 30-45 días ⁽¹⁹⁾. Así mismo, como se pudo ver, las tasas de supervivencia fueron significativamente mayor en las mujeres y en pacientes más jóvenes, siendo más pobre en los ancianos. Ésta mayor supervivencia del cáncer se logró cuando los afectados eran operados en estadios poco avanzados, los adenocarcinomas están bien diferenciados y se localizan en el colon derecho: tiene el pronóstico más favorable al prolongándose la supervivencia 5 años ⁽¹¹⁻²¹⁻²⁴⁾. Pues como se pudo observar pese a que el colon sigmoide y recto son las localizaciones más afectadas por el cáncer (25 % y 43 %, respectivamente) también son las que peor pronóstico de sobrevivida tienen por la mayor complicaciones a la hora de realizar el diagnóstico, como perforación intestinal u obstrucción.

DISCUSIÓN

En la actualidad continúa existiendo una gran inquietud por el desarrollo de planes de prevención contra el cáncer de colon, numerosos estudios apuntan la necesidad de crear un instrumento de detección precoz de población en riesgo y que sea capaz de seleccionar al sector de la población más vulnerable y, por lo tanto, más susceptible de beneficio de someterse a una evaluación integral.

Esta revisión examina el estado actual en el campo de la prevención sobre el cáncer de colon mediante artículos publicados entre el año 2008-2013.

Los resultados hallados corroboran la relación entre la prevención y la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad, además coincidieron en que el cáncer colorrectal es perfecto para el cribado aunque las tasas de detección siguen siendo bajas.

Los ECA hicieron ensayos para comprobar y mejorar la adherencia a las pruebas de cribado; uno de ellos llevado a cabo en Australia ⁽¹³⁾ no fue muy relevante en la aportación de información para nuestro estudio dado que este ensayo aleatorizado sigue a la espera de unos resultados concluyentes y evidentes, sin embargo, defendemos que su premisa es correcta adaptándose a los resultados del resto de estudios y complementando, además, conocimientos propios.

Los estudios en general (12-14-15-16-17-27-28) manifiestan la mayor adherencia a SOH que a la colonoscopia, sin embargo, muestran su favoritismo por la colonoscopia (otros estudios ni siquiera nombran la FOBT o la utilizan en menor medida) (11-18-25-29) , a pesar de que número de pacientes en los que se detectó cáncer así como el estadio del tumor fue detectado de manera similar en ambas pruebas. Si es cierto, que se identificaron más adenomas en los sujetos sometidos a la colonoscopia, sin embargo la menor participación en esta prueba así como su menor recurrencia podría reducir la aparente ventaja de la misma frente a SOH.

Los estudios observacionales fueron los que más se fijaron en los programas de rápido diagnóstico. Los ensayo piloto fueron los que mayor muestra poblacional mostraron pero obtuvieron resultados similares a estudios con muestras menores. Respecto a los estudios de corte transversal, el hecho de que midan el efecto de la muestra en un sólo momento temporal, únicamente nos permitió estimar cuales eran las estrategias de prevención así como la adherencia y las tasas de supervivencia en el momento que se realizó el estudio. Cuando para poder estudiar el estado actual de la prevención requeriría un seguimiento a lo largo del tiempo para ver que se ha mejorado o que queda por mejorar. No obstante, el verificar lo descrito por otros estudios, nos hizo tomarlos como válidos.

El estudio cuasiexperimental ⁽³⁰⁾ no fue relevante en este estudio, pues al poseer sólo uno la comparabilidad con estudios del mismo diseño fue nulo. Así pues, se compararon los resultados obtenidos por este estudio se extrapolaron para ser comparados con otros; concretamente con un estudio observacional ⁽¹⁹⁾ llegaron a las mismas conclusiones.

Las muestras, en general, fueron menores en los estudios realizados en España en comparación con otros países. Sin embargo, la mayor obtención de los estudios realizados en España permitieron dar una idea de la situación actual en cuanto a la prevención, comparable con los obtenidos en otros países con mayor muestra.

Barreras de participación encontradas en países como Turquía y EE.UU no serían aplicables a nuestro país, pues la disminución de la participación en estos lugares se debe en parte al costo tanto de las pruebas como de las consultas. No obstante y en lo que refiere a educación, el resultado es extrapolable a todos los continentes ya se trate de pacientes o profesionales sanitarios. El estudio piloto llevado a cabo en Colorado explicito lo que otros estudios no terminaban de dejar claro y es el pobre conocimiento sobre el cáncer de colon, aun así hay que apuntar que este estudio fue llevado a cabo en un medio rural.

La comparabilidad en relación a los factores de riesgo es limitada ⁽²¹⁻²⁴⁾, debido a los diferentes puntos de corte, y una ponderación diferente de los factores de estilo de vida. Sin embargo, la evidencia muestra que la actuación sobre factores de riesgo modificables "evitan" el desarrollo de la enfermedad.

Como discuten los estudios, la inanición o no conocimiento de los síntomas puede llevar a cabo un retraso diagnóstico. En la mayoría se observa como la rectorragia es el síntoma más prevalente sin embargo el poseer antecedentes familiares y síntomas sospechosos como dolor abdominal y cambio en el ritmo de deposiciones, son candidatos de la realización de colonoscopia, ya que el sangrado rectal es un signo inespecífico que puede darse en otras patologías como fisura o hemorroides.

Podemos observar pues, una contradicción interna ya que la rectorragia puede hacer referencia a una mínima afección pero puede ser predictivo de desarrollo de cáncer. No obstante, y aunque un 40% de los pacientes con CCR reportaron la pérdida de sangre rectal, el riesgo de cáncer en un paciente con sangrado rectal es baja.

Finalmente, todos los estudios debido al tema objeto de la investigación, es irremediable que hablen de las tasas de incidencia y supervivencia del CCR. Por ello, a pesar de que sólo tres de nuestros estudios se centraran específicamente en este tema ⁽¹¹⁻²²⁻²⁶⁾, en concordancia con el resto de estudios se advierte que disminuir estas tasas es posible, así como cuales son los medios para ello.

CONCLUSIÓN

Se analizaron tanto ensayos clínicos aleatorios, como observacionales, transversales, estudios piloto y un cuasiexperimental. Todos ellos, pese a tratarse de diferentes tipos de estudio y con diferente tamaño muestral, confirmaron nuestra hipótesis reafirmando que un incremento de la prevención puede evitar que el cáncer de colon llegue a una fase tardía, así como la instauración de programas de detección precoz es importante para lograr altas tasas de curación y disminución de la morbimortalidad.

Pese a que los estudios piloto fueron los que mayor población abarcaron (>10.000 personas), no demuestra que estos estudios sean más válidos que el resto, sin embargo sí que servirán de ejemplo para seguir líneas de investigación futuras respecto al cáncer de colon y su prevención.

Así mismo, la adherencia a las pruebas de cribado, fue más evidente en los ensayos clínicos aleatorios, y realmente este hecho marca el estado actual en la prevención del cáncer de colon.

El mejorar y aumentar los conocimientos sobre el CCR entre los profesionales de la salud mejora el cribado del CCR en la población relevante. Se encontró que aún queda trabajo por hacer en las prácticas de atención primaria para aumentar el conocimiento sobre esta enfermedad y conductas de prevención.

Hubo una mayor adherencia a las recomendaciones del cribado del CCR en las personas a las que se les ofrece varias opciones (SOH más aceptada por los pacientes), compartiendo esta elección y la decisión de participar con su médico y la familia, y que tienen una percepción positiva del cribado.

No hubo diferencias significativas en la detección de cáncer colorrectal a través de colonoscopia y SOH, tanto en el número de pacientes como el estadio del tumor. Así pues, la combinación de ambos procedimientos y otros, pueden mejorar la eficacia de los programas de detección precoz.

La SOH permite seleccionar a aquellos pacientes que realmente necesitan colonoscopia, confirmándose o negándose la positividad de sangre oculta en heces como predictor de cáncer.

La adherencia a las recomendaciones para la actividad física, el sobrepeso, el consumo de alcohol y tabaco, así como una dieta adecuada puede reducir el riesgo de cáncer considerablemente.

A pesar de la importancia que se le da a la rapidez de la intervención diagnóstica, no hay datos concluyentes que demuestren que influye en el pronóstico de la enfermedad, aunque sí que es cierto que puede afectar al bienestar del paciente, ya que debido a esto puede sufrir ansiedad y angustia.

Se mantiene, el criterio de que el cáncer de colon es una enfermedad con alta mortalidad, solo curable mediante un programa efectivo para el diagnóstico precoz a nivel primario de atención así como el uso de un tratamiento adecuado y oportuno.

LIMITACIONES

Siguiendo el esquema de Argimon PJ y Jiménez VJ (10), a continuación se muestran las limitaciones que hubo en el desarrollo del trabajo:

- **Limites en la localización de estudios:** Debido a la publicación múltiple de algunos estudios en las diferentes bases de datos, se complicó la búsqueda de estudios de menor envergadura. La mayoría de los estudios fueron publicados en inglés.

- **Limitaciones en el acceso:** Se perdieron documentos debido a que el acceso al texto completo de estos artículos estaban restringidos. No pudiéndose suscribirse a las bases de datos o revistas electrónicas por los costos económicos.
- **Sesgo de selección de las publicaciones:** la amplitud del tema ha conseguido obtener diferentes diseños de estudio, que dificultó la discusión de los artículos.
- **Sesgos propios:** Capacidad limitada para interpretar y analizar los datos y resultados obtenidos. Con los consecuentes sesgos de selección de los artículos de mejor calidad y evidencia científica.

RECOMENDACIONES

Intentar buscar estudios con el mismo tipo de metodología, a poder ser que se trate de ensayos clínicos aleatorios, siendo estos el medio más fiable y fácil de comparar. Profundizar en cómo mejorar en el campo de la prevención y sobre qué factores es posible actuar. La necesaria investigación para conseguir participación informada, es decir, se recomienda informar a la población sobre la importancia de este problema de salud y sobre las posibilidades de prevención y diagnóstico precoz. Indagar más para entender cómo podemos motivar a las poblaciones que están en riesgo y un riesgo moderado de desarrollar CCR.

Investigar si algunos síntomas pudieran sugerir la presencia de cáncer de colon, dada la inespecificidad del sangrado rectal. Considerar como población de riesgo aquella cuyo intervalo de edad este por encima de los 50 años, aunque sean asintomáticos. Determinar el uso de la prevención primaria mediante la modificación del estilo de vida en los sujetos más jóvenes. Ya que las pruebas de detección que se realizan para un adulto de riesgo no se ocupará de éstos dado que no existe evidencia científica para apoyar la investigación en un intervalo de edad a menores de 50 años.

Estudiar como ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios en lo que respecta al cáncer de colon para paliar las incertidumbres respecto a la metodología para el cribado de este tipo de cáncer: edad de la población diana, intervalo entre los estudios, tipo de test que debe utilizarse; y por último, agregar mayor número de estudios que tengan en cuenta programas de rápido diagnóstico para la mejor coordinación posible entre niveles asistenciales y disminuir la demora diagnóstica y carga psicológica de paciente. Investigar sobre los estadios del tumor y la relación de supervivencia coexistente.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA CITADA:

1. Tonani Marcela, Emilia Campos de Carvalho. Riesgo de cáncer y comportamientos preventivos: la persuasión como una estrategia de intervención. Rev. Latino-Am. Enfermería [revista en la Internet]. Oct 2008 [citado 2013 Abr 14]; 16 (5): 864-870. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000500011>

2. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Detección del cáncer colorrectal con la prueba de sangre oculta en materia fecal (Hemoccult) (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. Ramos Monserrat MJ. Influència de la demora diagnòstica o terapèutica en la supervivència del càncer colorectal i perspectiva del pacient sobre la demora [tesis doctoral]. Islas Baleares: Universitat de les Illes Balears. Departament de Biologia Fonamental i Ciències de la Salut; 2008.

4. Colwell J, Gordon B. Ayudar al paciente a combatir el cáncer. Nursing. 2009; 27(10): 13-16.

5. García Sanz T. Incidencia de cáncer en el área sanitaria del Salnés: período 2001-2005 [tesis doctoral]. La Coruña: Universidade da Coruña. Departamento de Medicina; 2008.
6. Asociación Española Contra el Cáncer [homepage en Internet]. Madrid: aecc; c1953[actualizada 13 mayo 2013; consultado 7 abril 2013]. Disponible en: <https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx>
7. Amanda Townsend, Timothy Price, Christos Karapetis. Radioterapia interna selectiva para las metástasis hepáticas del cáncer colorrectal (Revision Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 4 Art no. CD007045. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

8. Salud de la Mujer Harvard Watch [Harv Womens Health Watch], ISSN: 1070-910X, 2012 Sep; vol. 20 (1), pp 6-7 ; PMID: 23035328

9. Bixquert Jiménez M.. Diagnóstico precoz del cáncer colorrectal: ¿Programas de reducción de demora diagnóstica o, mejor, de cribado?. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2006 Mayo [citado 2013 Abr 12] ; 98(5): 315-321. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000500001&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082006000500001>

BIBLIOGRAFÍA DE LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA:

10. Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL, Yokochi LA, Church T, Laiyemo AO, et al. Colorectal-Cancer Incidence and Mortality with Screening Flexible Sigmoidoscopy. N Engl J Med 2012 Jun 21;366(25):2345-57.

11. M Rawl S, L Champion V, L Scott L, Zhou H, Monahan P, Ding Y, et al. A Randomized Trial of Two Print Interventions to Increase Colon Cancer Screening Among First-Degree Relatives. NIH. [Revista online] 2008 [Consultado 9 abril 2013]; 71(2): [215/227]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073839910800013X>

12. Carey M, Sanson-Fisher R, Macrae F, Hill D, D'Este C, Paul C et al. Improving adherence to surveillance and screening recommendations for people with colorectal cancer and their first degree relatives: a randomized controlled trial. BMC [Revista online] 2012 [Consultado 9 abril 2013]; 12(62). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/12/62>

13. Quintero E, Castells A, Bujanda L, Cubiella J, Salas D, González-Navarro A, et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. The New England Journal Of Medicine [serial on the Internet]. (2012, Feb 23), [cited May 13, 2013]; 366(8): 697-706. Available from: MEDLINE with Full Text.

14. M Inadomi J, Vijan S, K Janz N, Fagerlin A, P Thomas J, V Lin Y, et al. Adherence to Colorectal Cancer Screening. NIH. [Revista online] 2012 [Consultado 9 abril 2013]; 172(7): [575/582]. Disponible en: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1134849>

15. Van Roosbroeck S, S Hort, Van Hal cribado poblacional de G. del cáncer colorrectal con una prueba de sangre oculta fecal inmunoquímica: Comparación de dos estrategias de invitación. Cancer Epidemiology 2012; 36 (5): E317-24.

16. López-Köstner Francisco, Kronber Udo, Zárate Alejandro J, Wielandt Ana María, Pinto Eliana, Suazo Cristobal et al . Programa de detección de neoplasias colorrectales en población mayor de 50 años. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2012 Mar [citado 2013 Mayo 13] ; 140(3): 281-286. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300001&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872012000300001.

17. Cerdán Santacruz C, Cano Valderrama O, Cárdenas Crespo S, Torres García AJ, Cerdán Miguel J. Cáncer Colorrectal: retraso diagnóstico. ¿Hemos mejorado algo en los últimos 25 años?. . REV ESP ENFERM DIG. [Revista online] 2011 [Consultado 10 abril 2013]; 103(9): [458/463]. Disponible en: <http://www.reed.es/resultado.php?termino=colorrectal&tipo=termino>

18. Vallverdú Cartié H, Comjuncosas Camp J, Orbeal Sáenz RA, López Negré JL, Gris Garriga PJ, Jimeno Fraile J et al. Resultados de la implementación del circuito diagnóstico rápido de cáncer colorrectal. . REV ESP ENFERM DIG. [Revista online] 2011 [Consultado 10 abril 2013]; 103(8): [402/407]. Disponible en:
<http://www.reed.es/resultado.php?termino=colorrectal&tipo=termino>

19. Domínguez-Ayala M, Díez-Vallejo J, Comas-Fuentes Á. Oportunidades perdidas en el diagnóstico temprano del cáncer colorrectal sintomático. REV ESP ENFERM DIG. [Revista online] 2012 [Consultado 10 abril 2013]; 104(7): [343/349]. Disponible en:
<http://www.reed.es/resultado.php?termino=colorrectal&tipo=termino>

20. Kirkegaard H, Føns Johnsen N, Christensen J, Frederiksen K, Overvad K, Tjønneland A. Association of adherence to lifestyle recommendations and risk of colorectal cancer: a prospective Danish cohort study. *BMJ*. [Revista online] 2010 [Consultado 15 abril 2013]; (341). Disponible en: <http://www.bmj.com/content/341/bmj.c5504.full>

21. Agüero F, Murta-Nascimento C, Gallén M, Andreu-García M, Pera M, Hernández C, et al. Colorectal cancer survival: Results from a hospital-based cancer registry. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. [Revista online] 2012 [Consultado 10 abril 2013]; 104(11): [527/577]. Disponible en: <http://www.reed.es/resultado.php?termino=colorrectal&tipo=termino>

22. MILA, Núria et al. Adherencia al programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal en Cataluña, 2000-2008. Gac Sanit [online]. 2012, vol.26, n.3, pp. 217-222. ISSN 0213-9111.

23. Corinne E. Joshu, Giovanni Parmigiani, Graham A. Colditz, et al. Opportunities for the Primary Prevention of Colorectal Cancer in United States. Cancer Prev Res. 2012;(5):138-145.

24. Kilickap S, Arslan C, Rama D, Yalcin S. Screening Colonoscopy Participation in Turkish Colorectal Cancer Patients and their First Degree Relatives. Asian Pacific J Cancer Prev. 2012; (13): 2829-2832.

25. Machado Pineda Milagros, Rodríguez Fernández Zenén, González Tuero Jaime Humberto, Rodríguez Ramírez Rafael. Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Nov [citado 2013 Abr 12]; 15(11): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011001100009&lng=es.

26. Eisinger F, Cals L, Calazel-Benque A, Blay J-Y, Coscas Y, Dolbeault S, et al. Impact of organised programs on colorectal cancer screening. BMC. [Revista online] 2008 [Consultado 9 abril 2013]; 8(104). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/8/104>

- 27.** Navarro M, Binefa G, Blanco I, Guardiola J, Rodríguez-Moranta F, Peris M. Colorectal cancer screening: strategies to select populations with moderate risk for disease. REV ESP ENFERM DIG. [Revista online] 2009 [Consultado el 10 abril 2013]; 101 (12). Disponible en: <http://www.reed.es/resultado.php?termino=colorrectal&tipo=termino>
- 28.** Rim S, Zittleman L, Westfall J, Overholser L, Froshaug D, Coughlin S. Knowledge, attitudes, beliefs, and personal practices regarding colorectal cancer screening among health care professionals in rural Colorado: a pilot survey. The Journal Of Rural Health: Official Journal Of The American Rural Health Association And The National Rural Health Care Association [serial on the Internet]. (2009, 2009 Summer), [cited April 12, 2013]; 25(3): 303-308. Available from: MEDLINE with Full Text

29. Guzmán Laura KP, Bolívar Ribas I, Alepuz MT, Gonzalez D, Martín M. Impacto en el tiempo asistencial y el estadio tumoral de un programa de diagnóstico y tratamiento rápido del cáncer colorrectal. . REV ESP ENFERM DIG. [Revista online] 2011 [Consultado 11 abril 2013]; 103(1): [13/19]. Disponible en: <http://www.reed.es/resultado.php?termino=colorrectal&tipo=termino>

ANEXOS

ANEXO 1: Gráficos epidemiología

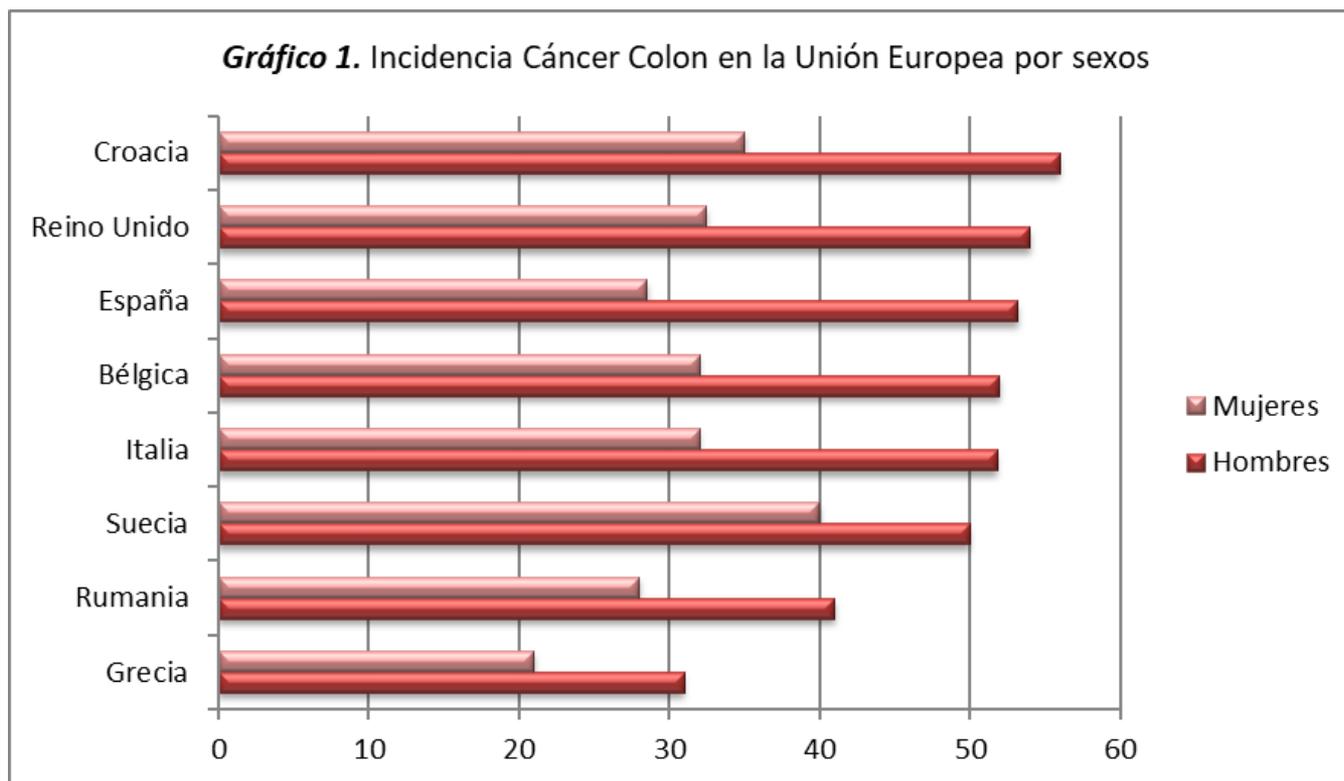


Gráfico 2. Incidencia Cáncer Colón en los registros de España por sexos

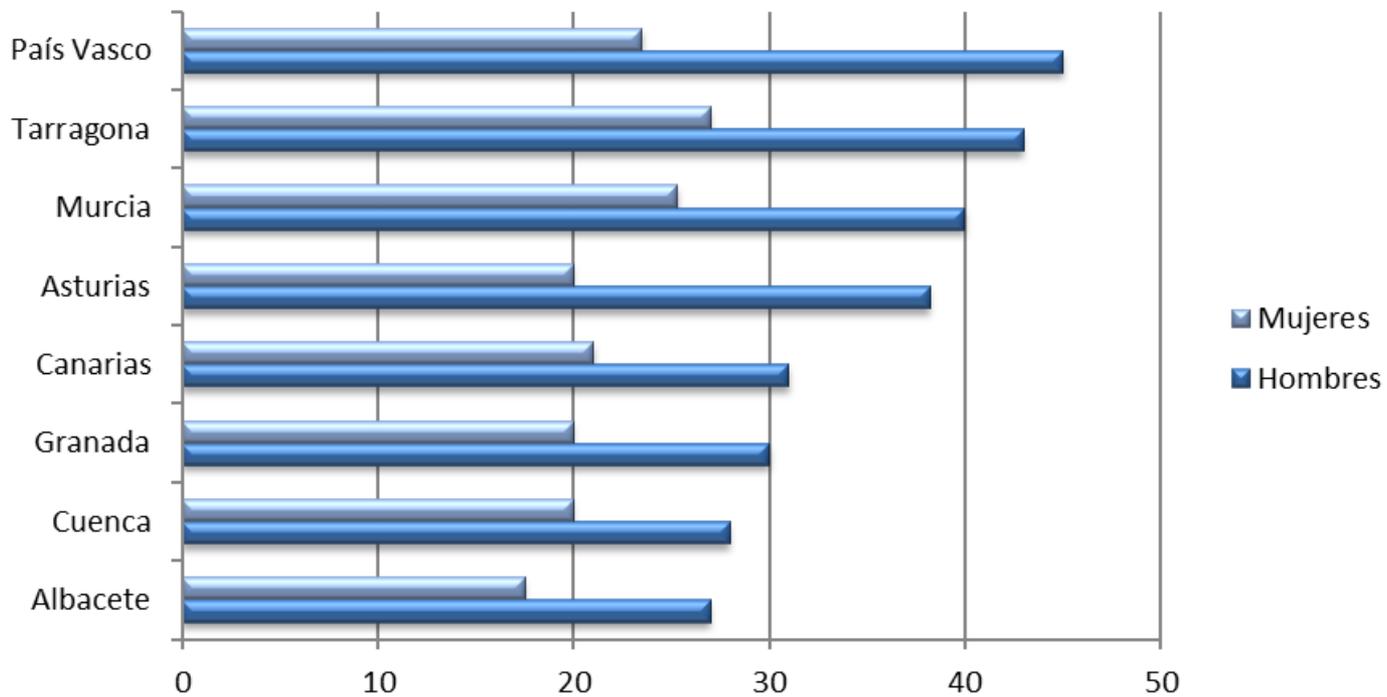


Gráfico 3: Tasa Mortalidad por CCR en Europa

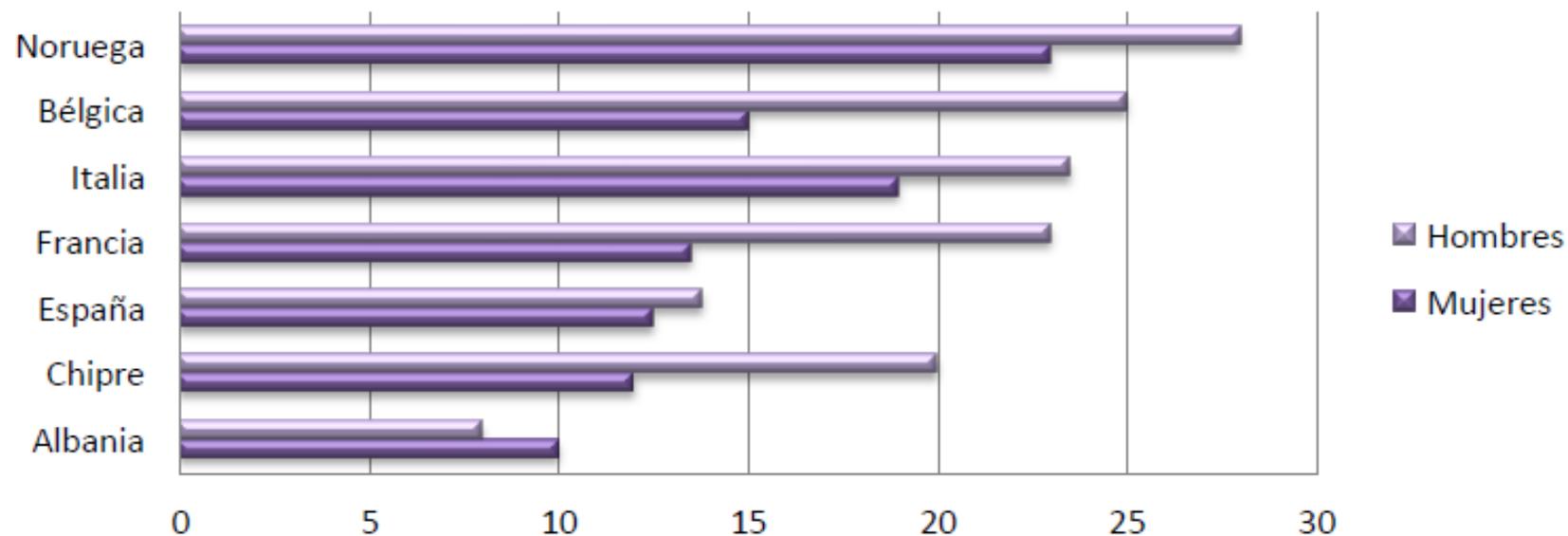


Gráfico 4: Incidencia Global de los cuatro cánceres más relevantes

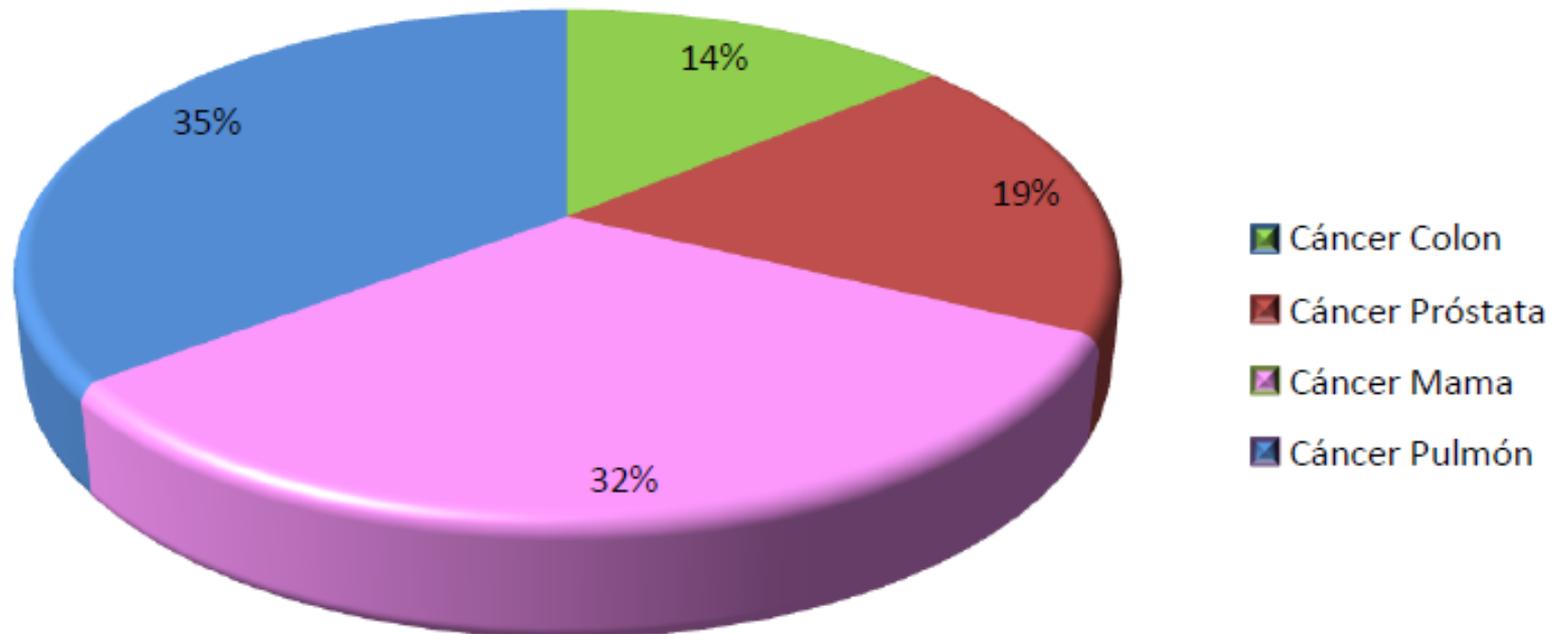
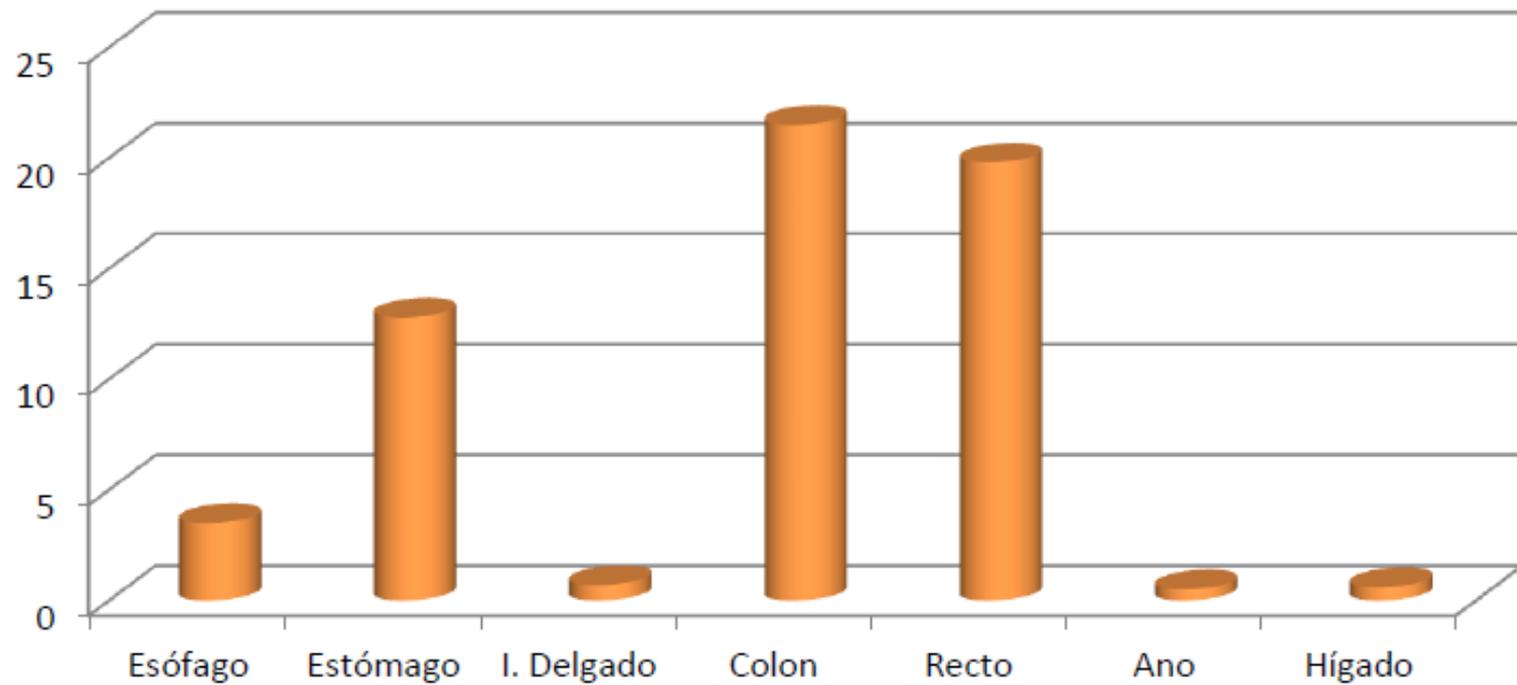


Gráfico 5: Incidencia del cáncer en el aparato digestivo



ANEXO 2: Criterios para la selección final de los artículos, así como la totalidad obtenida (metodología + resultados)

Tras varios ensayos, sólo nos quedamos con aquella combinación de palabras clave que nos fuera más adecuada para reducir el tamaño del número de artículos, ya que muchos de éstos eran los mismos se utilizaran unas palabras u otras.

En la base de datos de Medline en una primera búsqueda al usar las palabras clave "*cáncer colon AND prevención*" se obtuvieron 4004 hallazgos, que al aplicar los criterios de inclusión/exclusión se redujeron a 38 resultados; el hecho de no poder acotar mas la búsqueda y salir resultados similares con otra combinación de palabras clave, se escogieron los estudios más afines para esta revisión, teniendo en cuenta nuestros objetivos y eligiendo los que fueran más relevantes y recientes, seleccionando finalmente 5 estudios. En Pubmed con las palabras "*cáncer AND colon AND prevención AND screening*" se obtuvo un total de 775 artículos, al usar los criterios de inclusión la búsqueda se redujo a 27 artículos; llegados a este punto pusimos en marcha los criterios de exclusión quedándose fuera la mayoría de los artículos y quedándonos pues con 4 estudios. A pesar de esto y gracias a esta base de datos localizamos la revista REED, la cual sólo nos permitió realizar una búsqueda simple ya que la búsqueda avanzada solo era posible si éramos conocedores del volumen y número de la revista, y dado que estos datos nos eran desconocidos y que no podíamos utilizar dos palabras clave juntas, utilizamos la palabra clave que, por excelencia, engloba nuestro tema "*colon*" al aparecernos 202 resultados se modificó la búsqueda y se puso "*colorrectal*" quedándose la búsqueda en 87 resultados, puesto que la búsqueda era bastante amplia se decidió leer detenidamente los artículos que datasen desde el año 2011-2012, dando así prioridad a la información más actual; de este modo la búsqueda se redujo a 23 estudios que una vez sometidos a nuestros criterios de exclusión se sintetizaron a 6 (3 del año 2011 y 3 del año 2012). En LILACS tras realizar diferentes combinaciones se optó por escribir "*prevención cáncer colon*" (51 resultados) a la cual, se le añadió posteriormente "*AND screening*" (7 resultados) y cuyos resultados también fueron

expuestos a nuestros criterios de selección, acabando así con un único artículo. Respecto a la base de datos EBSCO, la búsqueda fue complicada pues se probaron diversas combinaciones y aun así y con nuestros criterios los hallazgos siempre eran bastantes amplios; el conjuntar "*prevención cáncer colorrectal screening*" con el descriptor "AND" favoreció el encuentro de 59 hallazgos, esta búsqueda ya no se pudo acotar más pese a diversos intentos por lo cual en una lectura rápida de los títulos y resúmenes de tema la búsqueda se redujo a 4 artículos, siéndonos válido finalmente sólo uno. En lo que respecta a Proquest, al combinar todas nuestras palabras clave del siguiente modo: "*(SU.exact("COLON CANCER") AND (SU.exact("PREVENTION") OR SU.exact("EARLY DIAGNOSIS")) AND SCREENING*" se obtuvo un único artículo científico empleado para nuestra revisión; se intentó encontrar más artículos útiles sustituyendo la palabra "*colon*" por "*colorrectal*" (8 artículos) pero se descartaron ya que algunos coincidían con los encontrados en otras bases de datos y otros no cumplían nuestros criterios de selección. En cuanto a Scielo, los artículos fueron fácilmente reconocibles pues al utilizar el método de búsqueda empleada en LILACS y EBSCO, fuimos conducidos a los dos artículos que poseemos para nuestra revisión bibliográfica debido a que éstos estaban indexados en las diferentes bases de datos.

ANEXO 3:

Tabla 1. Resultados Búsqueda Revisión Bibliográfica.

NÚMERO DE ORDEN	TÍTULO	NOMBRE BASE DATOS-REVISTA	TIPO ESTUDIO	AÑO PUBLICACIÓN /LUGAR REALIZACIÓN	TAMAÑO MUESTRA/ EDAD MEDIA	RESUMEN	RESULTADOS/ CONCLUSIONES
11	La incidencia del cáncer colorrectal, y la mortalidad con sigmoidoscopia flexible	PUBMED-Proquest	Ensayo Clínico Aleatorio	2012 (Inglaterra)	n= 154.900 (55-74 años)	Comprobación de los casos de cáncer colorrectal y muertes por esta enfermedad mediante detección con sigmoidoscopia flexible y la proyección habitual	Detección con sigmoidoscopia se asoció con una disminución en la incidencia cáncer (tanto colon distal como proximal) y proximal (sólo distal)
12	Un ensayo aleatorizado de dos intervenciones de impresión para aumentar la detección de cáncer de colon en FDR	MEDLINE-Patient Education and Counseling	Ensayo Clínico Aleatorio	2009 (América)	n= 208 (>50 años)	El aumento de detección entre las personas con mayor riesgo, incluso parientes cercanos, daría una mayor reducción de la morbimortalidad de esta enfermedad prevenible	Tanto intervenciones adaptadas como no adaptadas produjeron aumentos modestos pero estadísticamente significativa en la adherencia a cualquier prueba cribado de CCR (14% vs 21%, respectivamente)
13	Mejora de la adherencia a las recomendaciones de vigilancia y la detección de personas con cáncer colorrectal y de sus familiares de primer grado	PUBMED-BioMed Central	Ensayo Clínico Aleatorio	2012 (Australia)	n= 1.200 (18 y más años)	Necesidad urgente de encontrar estrategias efectivas para mejorar la absorción y la adhesión a las directrices basada en la evidencia	A la espera de los resultados

14	Colonoscopia frente prueba inmunoquímica fecal en la detección del cáncer colorrectal	<i>EBSCO-PsycINFO</i>	Ensayo Clínico Aleatorio	2012 (Madrid)	n= 54.302 (50-69 años)	La colonoscopia y la prueba de inmunoquímica fecal (FIT) se aceptan como estrategias de cribado colorrectal en la población de riesgo promedio.	Tasa de participación mayor en FIT. Número de sujetos en los que se detectó CCR similares en ambos grupos. Más adenomas en grupo colonoscopia
15	La adhesión a cribado del cáncer colorrectal	<i>PUBMED - Archives of Internal Medicine</i>	Ensayo Clínico Aleatorio	2012 (población latina-asiática)	n= 997 (50-79 años)	A pesar de que varias estrategias de cribado de CCR pueden reducir la mortalidad las tasas de detección son bajas. Se determina si se recomienda el método por el cual influye en la adherencia.	Las preferencias del paciente deben considerarse al hacer recomendaciones de cribado CCR. Pero hubo más adhesión a FOBT
16	Cribado poblacional del cáncer colorrectal con inmunoquímica fecal. Examen de sangre oculta: Comparación de de dos estrategias de investigación	<i>Proquest</i>	Ensayo Clínico Aleatorio	2009 (Bélgica)	n= 19.542 (50-74 años)	Obtención de información acerca de las tasas de participación para una población basada en la detección del programa de CCR y comparar dos estrategias de invitación	Invitar a personas de CCR por medio de una invitación de correo electrónico, incluyendo FOBT, se traduce en tasas de participación muy superiores a invitar a través de la GP
17	Programa de detección de neoplasias colorrectales en población mayor de 50 años.	<i>LILACS- Revista Médica de Chile</i>	Estudio Observacional Prospectivo (Chile)	2012	n= 6.348 (>50 años)	La mortalidad CCR) en Chile se ha duplicado en los últimos 15 años. Estudios internacionales han demostrado que el cribado de CCR programas basados en la SOH reducen la mortalidad CCR.	SOH permitió la detección temprana de un número importante de lesiones de colon de alto riesgo, y todos los pacientes fueron diagnosticados en las primeras etapas

18	Cáncer colorrectal: retraso diagnóstico. ¿Hemos mejorado algo en los últimos 25 años?	<i>Revista Española de Enfermedades Digestivas</i>	Observacional descriptivo retrospectivo	2012 (Madrid)	n= 152 (31-90 años)	Determinar la situación actual en cuanto al retraso diagnóstico del CCR y ver si se ha producido mejoría	Retraso diagnóstico es de 7, 28 meses. No relación entre retraso dx. y estadio anatomopatológico. Necesaria la colonoscopia para screening.
19	Resultados de la implementación del circuito de diagnóstico rápido de cáncer colorrectal	<i>Revista Española de Enfermedades Digestivas</i>	Estudio longitudinal y observacional	2011 (Barcelona)	n= 316 (±70 años)	Los circuitos de diagnóstico rápido de cáncer pretenden disminuir las demoras en el diagnóstico y tratamiento del CCR	El responsable seguimiento del proceso evitará demoras y mejorará la coordinación en las diferentes fases del circuito. Rendimiento dx es bajo. Necesaria aplicación del cribado. IDT=45 días.
20	Oportunidades perdidas en el diagnóstico temprano del cáncer colorrectal sintomático	<i>Revista Española de Enfermedades Digestivas</i>	Estudio observacional descriptivo retrospectivo	2012 (Asturias)	n= 143 (69-74 años)	Identificación de las oportunidades perdidas para iniciar una evaluación diagnóstica en pacientes con sospecha de cáncer colorrectal	Un 34, 45% presentó una oportunidad perdida clínica. El error más común fue la falta de petición de pruebas dx. Los síntomas que dieron lugar a oportunidad perdida fueron principalmente cambio de hábito intestinal y rectorragia
21	Asociación de cumplimiento de las recomendaciones de estilo de vida y el riesgo de cáncer colorrectal: Un estudio de cohorte danesa.	<i>MEDLINE-BMJ</i>	Estudio descriptivo transversal	2010 (Dinamarca)	n= 55.487 (50-64 años)	Estimar la proporción de casos de CCR que podrían estar asociados con la falta de adherencia a las recomendaciones	Si todos los participantes hubieran seguido las cinco recomendaciones, 23% de los casos de CCR podría haberse evitado

22	La supervivencia del cáncer colorrectal: resultados de un cáncer de base hospitalaria registro	<i>Revista Española de Enfermedades Digestivas</i>	Estudio observacional cohortes retrospectivo	2012 (Barcelona)	n= 2.080 (64-79 años)	Las tasas de supervivencia deberían mejorar con la aplicación de un programa basado en la población para el cribado de CCR	Varios factores se asociaron de forma independiente al exceso de mortalidad por CCR: sexo masculino, edad del diagnóstico > 75 años, localización rectal, estadio IV, tumores indeferenciados
23	Adherencia al programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal en Cataluña, 2000-2008	<i>SCIELO- La Gaceta Sanitaria</i>	Transversal	2011 (Barcelona)	n= 1200 (50-69 años)	Analizar barreras y facilitadoras asociados con la adherencia al programa de cribado bienal de cáncer colorrectal en población asintomática	Creencias + percepciones + entorno familiar, son factores relacionados para la participación en el cribado
24	Oportunidades para la Prevención Primaria del cáncer colorrectal en los Estados Unidos	<i>MEDLINE- Cancer Prevention Research</i>	Transversal	2011 (EE.UU)	n= 24.246 (20-69 años)	Evaluación la prevalencia de factores modificables de riesgo de estilo de vida en los EE.UU (obesidad, inactividad física, consumo carne roja, alcohol y tabaco).	La estrategia nacional más exitosa para la prevención de CCR incluye enfoques complementarios de la detección y la modificación del estilo de vida
25	Participación en la colonoscopia de cribado colorrectal turca. Los pacientes de cáncer y sus FDR	<i>PUBMED- Asian Pacific Journal of Cancer Prevention</i>	Transversal	2012 (Turquía)	n= 406 (18 años y mayores)	Investigar el conocimiento de la colonoscopia de cribado en los pacientes con cáncer colorrectal y sus familiares.	Dar especial atención en la detección de CCR en: personas mayores, con antecedentes familiares, bajo ingresos y menor educación, para someterse a la detección.
26	Relación diagnóstico y supervivencia en el cáncer de colon	<i>SCIELO- Medisan</i>	Transversal descriptivo	2011 (Cuba)	n= 192 (>49 años)	Determinar la relación entre los criterios diagnósticos anatomopatológicos del adenocarcinomas de colon y la supervivencia	Mediante un programa efectivo para la detección precoz de esta neoplasia en el nivel primario de, se podrían disminuir la morbilidad y mortalidad de esta causa

27	Impacto de los programas organizados de cribado del cáncer colorrectal	MEDLINE-BioMed Central	Transversal	2011 (Francia)	n= 1.509 (50-74 años)	Programas organizados de cribado poblacional se están aplicando en Francia. Su percepción no es bien conocida ni por médicos ni por la población en general.	La aplicación de programas de cribado organizados minimiza desigualdad cribado CCR
28	Cribado del cáncer colorrectal: Estrategias para seleccionar poblaciones con riesgo moderado de la enfermedad	Revista Española de Enfermedades Digestivas	Piloto	2012 (Barcelona)	n= 18.405 (50-69 años)	Analizar asociación entre hemorragia rectal o una historia familiar de CCR y los resultados obtenidos en dos rondas de un programa piloto.	Los programas de cribado de CCR deben contar con instrumentos para seleccionar la población candidata y ofrecer un estudio adecuado para el riesgo en individuos no susceptibles de cribado
29	Conocimientos, actitudes, creencias y personales. Prácticas en materia de detección de cáncer colorrectal entre los profesionales de salud en Colorado	MEDLINE-The Journal of Rural Health	Piloto	2009 (Colorado)	n=90.000 (>50 años)	Examinar la asociación entre el conocimiento de cuidado de los miembros del personal de salud para la detección de CCR	El conocimiento de los profesionales podría mejorarse. Actitudes y creencias profesionales no mostraron asociación como principal causa de muerte
30	Impacto en el tiempo asistencial y el estadio tumoral de un programa de diagnóstico y tratamiento rápido del cáncer colorrectal	Revista Española de Enfermedades Digestivas	Cuasi-experimental	2011 (Barcelona)	n= 156 (≤40- >80años)	El diagnóstico y tratamiento rápido del cáncer, busca reducir el tiempo asistencial desde la sospecha de cáncer hasta su diagnóstico definitivo e inicio de tto.	El PDRT es efectivo reduciendo los tiempos asistenciales. Reducción angustia paciente. No obstante IDT fue de 39,20 días

TEMA 114. RIESGOS QUÍMICOS EN EL PERSONAL SANITARIO.

GLORIA MORA RODRIGUEZ

ÍNDICE

1. Definición y conceptos de los riesgos.
 - 1.1. Riesgos asociados a la seguridad de los agentes químicos.
2. Normativa acerca de los riesgos químicos.
 - 2.1. Legislación referente a los riesgos químicos en el personal sanitario.
3. Etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, reflejado en el NTP 726: clasificación y etiquetado de productos químicos.
4. Efectos de los riesgos químicos en el personal sanitario.
 - 4.1. Ejemplos de efectos de agentes químicos sobre los órganos.
5. Medidas preventivas generales y específicas.
6. Bibliografía.

1. Definición y conceptos de los riesgos.

¿Qué es un agente químico?

Se entiende por producto o agente químico a todo elemento o compuesto químico, por sí solo o mezclado, tal como se presenta en estado natural o es producido, utilizado o vertido, incluido el vertido como residuo, en una actividad laboral, se haya elaborado o no de modo intencional y se haya comercializado o no.

Estos se clasifican:

- Según su forma de presentación.
- Según cuales sean sus efectos sobre el organismo humano.

Los agentes químicos generados en los puestos de trabajo pueden ser absorbidos por el organismo por cuatro vías de entrada:

- Vía respiratoria: es la vía de penetración al organismo más fácil para los productos químicos que se encuentran presentes en el aire.
- Vía dérmica.
- Vía digestiva o ingestión de productos químicos.
- Vía parenteral: Es importante en el sector sanitario debido a la constante manipulación de objetos punzantes.

Según el *Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo*, se entenderá por:

- **Exposición a un agente químico:** presencia de un agente químico en el lugar de trabajo que implica el contacto de éste con el trabajador, normalmente por inhalación o por vía dérmica.
- **Peligro:** la capacidad intrínseca de un agente químico para causar daño.
- **Riesgo:** la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado de la exposición a agentes químicos. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo.

- **Agente químico peligroso:** agente químico que puede representar un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores debido a sus propiedades fisicoquímicas, químicas o toxicológicas y a la forma en que se utiliza o se halla presente en el lugar de trabajo.
- **Actividad con agentes químicos:** todo trabajo en el que se utilicen agentes químicos, o esté previsto utilizarlos, en cualquier proceso, incluidos la producción, la manipulación, el almacenamiento, el transporte o la evacuación y el tratamiento, o en que se produzcan como resultado de dicho trabajo.
- **Productos intermedios:** las sustancias formadas durante las reacciones químicas y que se transforman y desaparecen antes del final de la reacción o del proceso.

- **Subproductos:** las sustancias que se forman durante las reacciones químicas y que permanecen al final de la reacción o del proceso.
- **Valores límite ambientales:** valores límite de referencia para las concentraciones de los agentes químicos en la zona de respiración de un trabajador. Se distinguen dos tipos de valores límite ambiental.
- **Valor límite biológico:** el límite de la concentración, en el medio biológico adecuado, del agente químico o de uno de sus metabolitos o de otro indicador biológico directa o indirectamente relacionado con los efectos de la exposición del trabajador al agente en cuestión.
- **Vigilancia de la salud:** el examen de cada trabajador para determinar su estado de salud, en relación con la exposición a agentes químicos específicos en el trabajo.

TIPOS DE AGENTES QUÍMICOS

1. Agentes anestésicos:

Se dividen en dos grupos:

- Agentes inhalatorios: a gases o líquidos volátiles que deben ser vaporizados. Tienen un efecto hipnótico potente y un efecto analgésico también potente.
- Agentes endovenosos: tienen en general efectos más puros.

Los anestesiistas, los ayudantes y el resto de profesional sanitario que se encuentra en el quirófano son los profesionales más expuestos a estos gases.

2. Compuestos citostáticos: sustancias citotóxicas empleadas en el tratamiento farmacológico de enfermedades neoplásicas (quimioterapia).

Pueden provocar múltiples efectos.

Los trabajadores sanitarios más expuestos son los encargados de la reconstitución de fármacos.

3. Óxido de etileno: gas extremadamente reactivo que se emplea en los hospitales como agente esterilizante en frío.

La exposición se efectúa por contacto cutáneo, mucoso y por inhalación o ingestión.

4. Desinfectantes: productos que se utilizan para eliminar o reducir el número de agentes infecciosos en un instrumento o superficie corporal.

5. Otros agentes químicos:

- Medicamentos y productos aplicados directamente a los pacientes, principalmente, por vía inhalatoria.
- Metacrilato de metilo: empleado en los quirófanos como cemento acrílico para la fijación de prótesis aplicada a los huesos, que debido a su elevada concentración es un producto irritante que puede afectar al SNC.
- Disolventes: se emplean en laboratorio y también como agentes limpiadores y desengrasantes en tareas de mantenimiento general.

2. Normativa acerca de los riesgos químicos.

- La base de responsabilidad del trabajo comienza con la **ley de accidentes de trabajo**, de 30 de enero de 1900, (*ley dato*)

La cual pasó a regular el accidente de trabajo mediante el seguro para el mismo y estableció que los empresarios debían proteger a sus trabajadores frente a los riesgos en el trabajo y sus consecuencias.



Durante el transcurso de la historia del trabajo se han ido realizando muchas reformas legislativas hasta llegar a la **ley 31/1995**, de 8 de noviembre, **de prevención de riesgos laborales**.

Determina un adecuado nivel de protección de la salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo.

- En el **artículo 14, derecho a la protección frente a los riesgos laborales**.

**REAL DECRETO 374/2001, DE 6 DE ABRIL, SOBRE LA
PROTECCION DE LA SALUD Y SEGURIDAD DE LOS
TRABAJADORES CONTRA LOS RIESGOS
RELACIONADOS CON LOS AGENTES QUIMICOS
DURANTE EL TRABAJO**

ARTÍCULO 2 define **AGENTES QUÍMICOS** como:

”Todo elemento o compuesto químico, por sí solo o mezclado, tal como se presenta en estado natural o es producido, utilizado o vertido, incluido el vertido como residuo, en una actividad laboral, se haya elaborado o no de modo intencional y se haya comercializado o no”.

Los del **anexo I RD 374/2001** protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de los **agentes químicos**.

Los publicados por el **INSHT** en “límites de exposición profesional para agentes químicos en España”

RD 298/2009, de 6 de marzo, *por el que se modifica el RD 39/1997*, de 17 de enero, **medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia, se debe tener en cuenta que en este documento únicamente se relacionan los agentes químicos cancerígenos o mutágenos con valor límite establecido.**

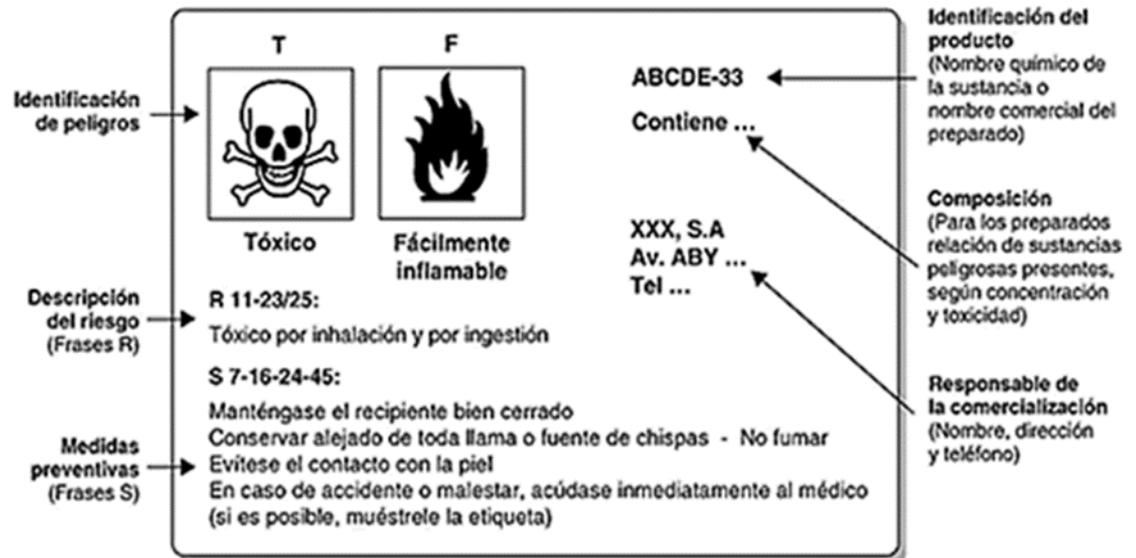
Los siguientes agentes químicos, en la medida en que se sepa que ponen en peligro la salud de las trabajadoras embarazadas o en período de lactancia, del feto o del niño durante el período de lactancia natural y siempre que no figuren en el anexo VIII:

- ✓ Las **sustancias etiquetadas r 40, r 45, r 46, r 49, r 68, r 62 y r63** o etiquetadas como **h351, h350, h340, h350i, h341, h361f, h361d y h361fd**
- ✓ **Mercurio y derivados.**
- ✓ **Medicamentos antimetabólicos.**
- ✓ **Monóxido de carbono.**
- ✓ **Agentes químicos peligrosos de reconocida penetración cutánea.**

3. Etiquetado y envasado de sustancias y mezclas, reflejado en el ntp 726: clasificación y etiquetado de productos químicos: sistema mundialmente armonizado (ghs)

Desde el 1 de diciembre de 2010, las sustancias químicas deben ser etiquetadas según las disposiciones del reglamento CLP clasificación.

ETIQUETA



Por sus propiedades peligrosas para la salud

El RD 363/1995, sobre notificación, clasificación, envasado y etiquetado de sustancias peligrosas los clasifica en función de los riesgos que presentan:

Por sus propiedades físico-químicas

--	--	--

Por sus propiedades toxicológicas:

--	--	--

Según sus efectos específicos para la salud:

--	--	--

4. Efectos de los riesgos químicos en el personal sanitario.

Los efectos de los agentes químicos sobre el organismo se suelen clasificar en efecto a corto y a largo plazo.

- Los efectos a corto plazo se denominan "toxicidad aguda".
- Los efectos a largo plazo son más lentos, requieren exposiciones repetidas y pueden tardar meses o años en aparecer. Es la llamada "toxicidad crónica". Entre estos efectos, los más graves son el cáncer, las alteraciones genéticas, las reacciones alérgicas, la alteración hormonal y la toxicidad del sistema nervioso.

4.1. Ejemplos de efectos de agentes químicos sobre los órganos.

- El contacto accidental con **compuestos citostáticos** puede producir irritación en la piel y mucosas, irritación ocular y alergias.
- Otros medicamentos como la **ribarivina** o la **pentamidina** pueden producir también irritación de las vías respiratorias, mucosas y piel, cefaleas, etc.
- Sustancias como la **dactinomicina** y algunos **compuestos citostáticos** son extremadamente corrosivos en contacto con tejidos blandos, junto a algunos ácidos empleados (sulfúrico, pícrico, fosfórico, etc.).
- El **metacrilato de metilo** utilizado en los quirófanos de traumatología produce irritación a elevadas concentraciones y puede afectar al Sistema Nervioso Central.

Hay que destacar el riesgo importante para las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia y el efecto perjudicial que este tiene sobre el desarrollo del feto.



5. Medidas preventivas generales.

- ❖ Correcta organización de los sistemas de trabajo.
- ❖ Selección e instalación de los equipos de trabajo utilizados para trabajar con químicos, y establecimiento de los procedimientos adecuados para realizar cualquier actividad en la que se hallen presentes productos químicos, incluida la manipulación, almacenamiento y transporte.
- ❖ Adopción de medidas higiénicas adecuadas.
- ❖ Reducción de las cantidades de agentes químicos peligrosos presentes en el lugar de trabajo.
- ❖ Reducción al mínimo del número de trabajadores expuestos o que puedan estarlo, así como de la duración e intensidad de las exposiciones.

5. Medidas preventivas específicas.

Una vez determinado el nivel de exposición al contaminante químico:

- ❖ Eliminar el agente contaminante.
- ❖ Si esto no fuera posible, reducir la concentración ambiental del agente actuando sobre el foco de contaminación y, si esto no fuera factible, sobre el medio de propagación del contaminante.
- ❖ Si nada de lo anterior fuera posible, debe actuarse sobre el individuo o receptor del contaminante.

6. Bibliografía

- 1.** Barros dios jm, gestalotero jj. esterilización: óxido de etileno. procedimientos modernos de esterilización. en: gestalotero jj. riesgos laborales del personal sanitario. 3ªed. madrid: mcgraw-hill; 2003. p. 339-54.
- 2.** Calbotorrecillas f, valverde molina e, de oña compáns. citostáticos. en: gestalotero jj. riesgos laborales del personal sanitario. 3ªed. madrid: mcgraw-hill; 2003. p. 355-73.
- 3.** De pablo hernández c. riesgos químicos. en: prevención de riesgos laborales del personal de enfermería en quirófano. jaén: formación alcalá; 2010. p. 141-60.
- 4.** Gómez gonzález j. riesgos químicos en el sector sanitario. en: garzáscejudo em, garcía gómez-caraballo dm. organización, gestión y prevención de riesgos laborales en el medio sanitario. 4ªed. jaén: formación alcalá; 2008. p. 271-94.

5. García gonzález g. riesgos higiénicos: agentes químicos y biológicos. medidas de prevención y protección. en: garriguesgiménez a. prevención de riesgos laborales del personal estatutario de instituciones sanitarias. albacete: ed. bomarzo; 2010. p. 183 –95.

6. Gestalotero jj, figueirasguzmán a. riesgos químicos. desinfectantes. en: gestalotero jj. riesgos laborales del personal sanitario. 3ªed. madrid: mcgraw-hill; 2003. p. 325-37.

7. Ginesta galán v, gestalotero jj. agentes anestésicos inhalatorios. en: gestalotero jj. riesgos laborales del personal sanitario. 3ªed. madrid: mcgraw-hill; 2003. p. 375-92.

**TEMA 115. ENFERMEDADES
RELACIONADAS CON EL AUMENTO
DE LA CONTAMINACION EN EL MEDIO
AMBIENTE.**

LUCIA PEREZ ALONSO

ÍNDICE

- RESUMEN.
- INTRODUCCION.
- PALABRAS CLAVE.
- SINTOMAS.
- DIAGNOSTICO.
- TRATAMIENTO.
- CONCLUSION.
- BIBLIOGRAFIA.

RESUMEN

La contaminación ambiental , ha aumentado considerablemente en los últimos años.

El agente causal , es invisible , puesto que está presente en el aire que respiramos , influyendo en la aparición de enfermedades y agravando el estado de salud de otros individuos enfermos.

La contaminación está presente en el agua , la vegetación , y el aire , en perjuicio de nuestra salud , la de otros seres vivos y del medio que nos rodea.

INTRODUCCION

Una grande parte del aire , contiene micro partículas , como son: el ozono , dióxido de nitrógeno ,dióxido de azufre y partículas sólidas y líquidas en suspensión.

Las principales afectaciones son a nivel pulmonar , cardiovasculares , virales , la barrera cutánea también se ve afectada , quedando expuesta a los alérgenos , apareciendo manchas y acelerando el proceso natural de envejecimiento , debido al empeoramiento de la capa de ozono , la cual permite el paso de las radiaciones ultravioletas.

El aumento del ruido , es también un factor muy importante , en la aparición de trastornos auditivos , como respuesta a estos estímulos , cada persona reacciona de un modo diferente.

Algunas patologías neurodegenerativas , están relacionadas también con la contaminación.

PALABRAS CLAVE

Contaminación , alérgeno , enfermedad , aire.

SINTOMAS

- Alérgicos y respiratorios: sequedad de ojos y mucosas , dermatitis , tos , rinitis , sarpullido , infecciones respiratorias , asma , bronquitis , enfisema pulmonar e incluso , cáncer.
- Físicos: insomnio , pesadez , cansancio , irritabilidad , dolor de cabeza , pérdida de cabello , disminución de la agudeza visual , infertilidad.
- Virales: tosferina , hepatitis , dengue o fiebre amarilla(por contaminación del agua) , contaminación por hongos , rotavirus.
- Auditiva: sordera , acufenos.
- Digestivos: diarrea , mal estar abdominal , deshidratación.
- Cardiovasculares: infartos , trombosis.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico está principalmente relacionado con paliar los síntomas , tras evaluarlos y determinar la enfermedad.

En el caso de tener un trastorno pulmonar , como por ejemplo , el asma , se pregunta al paciente en que lugares empeoran sus síntomas , posiblemente si el agente irritante se encuentra en el aire , sufrirá un empeoramiento de los síntomas , en espacios al aire libre.

Es difícil diferenciar una enfermedad ambiental , puesto que los síntomas se pueden confundir , aunque un seguimiento en los hábitos del paciente , nos llevaría a determinar según la actividad , los lugares en que la enfermedad se agudiza.

TRATAMIENTO

El tratamiento , va en función de la enfermedad que se padezca , estaría orientado a tratar sus síntomas , evitando en lo posible , los lugares con más contaminación ,se debe evitar hacer deporte al aire libre en esos días.

En el hogar , intentar mantener bien ventilada la casa , evitando el uso del tabaco.

El ambiente , debe mantenerse seco , para evitar la proliferación del moho.

En el caso de la contaminación acústica , sería aconsejable evitar el ruido excesivo aislando la casa , con puertas y ventanas que proporcionen un buen aislamiento del exterior , pudiendo así , hacer un mejor uso del descanso y del sueño.

CONCLUSION

La prevención , es el mejor tratamiento , el cuidado del medio ambiente es fundamental en la lucha para evitar la contaminación , que afecta negativamente , a plantas , animales y personas.

Hay que reducir la tala de los árboles , minimizar el uso de productos químicos , la incineración de basuras y el monóxido de carbono que producen los vehículos , así como los vertidos contaminados a los ríos y al mar.

Poco a poco , se tiende a utilizar energías “limpias” , para poder preservar el medio ambiente y con el , podremos cuidar también , nuestra salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Páginas WEB : www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/infectious-diseases/diagnosis-treatment/drc-20351179
www.germaine-de-capuccini.com/blog/efectos-de-la-contaminacion-ambiental-en-la-piel/
www.aecnur.org/blog/cuales-son-los-problemas-derivados-de-la-contaminación-ambiental-en-la-piel/

TEMA 116. CUPPING, TERAPIA COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE LAS CICATRICES.

**ANA CANO TURPÍN
CARMEN ORTIZ GIMÉNEZ
ELISA BAUTISTA ALARCÓN
EVA PÉREZ PARRA**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CASO CLÍNICO**
- **CONCLUSIÓN**

INTRODUCCIÓN

La ventosaterapia o cupping es una terapia muy antigua, cuyos registros se encuentran en diversas partes del mundo. La terapia de aplicación de ventosas tiene en China una larga historia que se remonta a más de 2000 años. También los egipcios la usaron, dejando constancia escrita de su uso, e Hipócrates y Galeno fueron defensores de sus numerosos beneficios. En Europa y América los médicos empezaron a utilizarla a principios del siglo XIX y desde entonces ha venido confirmándose clínicamente lo que la observación había mostrado: la aplicación de ventosas aporta numerosos beneficios para la salud.

Consiste en la aplicación de ventosas de diferentes tamaños (de vidrio o plástico) sobre la piel, creando un efecto de vacío en su interior mediante la extracción del aire, para que

así se logre una succión sobre los tejidos, separando sus diferentes capas entre sí, para favorecer la circulación sanguínea y linfática, y así liberar adherencias.

Se pueden dejar fijas o deslizar (previa aplicación de aceite) para realizar un masaje.

Es un tratamiento que presenta un bajo coste, fácil aplicación y pocos efectos adversos.

CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años que acude a nuestro servicio por una cirugía de recidiva de hallux valgus, exóstosis anteromedial distal del primer metatarsiano, más metatarsalgia del tercer y cuarto dedos, realizándosele una bunionectomía percutánea, más exostectomía percutánea, más Bösch y fijación con dos Kirschener de 1.8 Weil percutáneo en tercer y cuarto dedos.

A los tres meses de la cirugía es remitida a nuestro servicio para la aplicación de magnetoterapia, trabajo de la cicatriz, láser, cinesiterapia pasiva, trabajo de la musculatura intrínseca del pie y reeducación de la marcha.

Tras 15 sesiones de tratamiento, la cicatriz todavía presentaba determinados puntos adheridos al hueso, por lo que se procede a su tratamiento con cupping, usando la

ventosa de menor tamaño.



Tras realizar otras 15 sesiones con el tratamiento pautado más la terapia con ventosas, la cicatriz apenas presenta adherencias.

CONCLUSIÓN

La inclusión del cupping en el tratamiento de esta paciente permitió la liberación de ciertos puntos muy adheridos de la cicatriz que no mejoraban con el tratamiento pautado.

BIBLIOGRAFÍA

- Saz Tejero S, Saz Peiró P. Revisión bibliográfica del tratamiento del dolor de espalda mediante ventosas. Med Natur (Zar). 2013; 7 (2): 87-93.
- SlideShare [sede Web]. San Francisco (EEUU): LinkedIn Corporation; 25 Feb 2015 [consultado 14 Jun 2019]. Díaz FE. Pequeño manual para terapias con ventosas. Disponible en: <https://es.slideshare.net/danua10/pequeño-manual-de-terapias-con-ventosas-espanol-freeebooks-net-73>
- Villagómez Ibarra, LA. La técnica cupping como complemento en el tratamiento fisioterapéutico de la cervicalgia mecánica en el personal administrativo de la Pastoral Social Cáritas Ambato [trabajo de Grado]. Universidad Técnica de Ambato, Ambato (Ecuador); 2015.

TEMA 117. PRESCRIPCIÓN ENFERMERA.

**ANA PALACIOS SOMOANO
NATALIA LLAMEDO FOMBELLA
AINHOA FERNÁNDEZ GARCÍA**

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

La **prescripción enfermera** es un tema de actualidad que a nivel internacional está despuntando en algunos países con fuerza y éxito, y en otros lo intenta más tímidamente, pero que en conjunto supone la aceptación de que existe un elemento nuevo y enriquecedor que ya forma parte del desarrollo de la enfermería como disciplina académica y como profesión.

Es importante no confundir prescribir con recetar. Recetar es un acto administrativo que normalmente expide, consiste en rellenar un formulario que contiene la medicación para poder ir a la farmacia y adquirirla. Mientras que prescribir implica indicar el mejor régimen terapéutico para hacer frente a un problema de salud, con una valoración previa del problema.(1)

La prescripción enfermera debe entenderse como la capacidad de los enfermeros, en el marco de sus competencias y atribuciones, para contribuir de manera más eficaz a la gestión de los problemas de salud de los ciudadanos y de las prestaciones sanitarias, asistenciales y de cuidados; a la optimización de los recursos y al desarrollo del rol autónomo de la enfermería.

Según publicaciones emitidas por el Consejo Internacional de Enfermeras, la prescripción enfermera se está estableciendo en varios países en las últimas dos décadas, esto ha provocado cambios muy significativos en el papel de los enfermeros.(1)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer en qué consiste la prescripción enfermera

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los diferentes tipos de prescripción
- Estudiar la historia de la prescripción
- Descubrir las ventajas y desventajas que tiene la prescripción enfermera

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en páginas web y bases de datos siguiendo los criterios de fiabilidad científica que existen sobre la prescripción enfermera.

La búsqueda realizada se llevó a cabo utilizando las siguientes palabras clave: prescripción enfermera, enfermería, prescribir. Utilizadas junto al operador booleano AND.

Se seleccionó como criterio de inclusión aquellos artículos escritos en castellano o en inglés. Y se excluyeron todos aquellos artículos que proporcionasen una información irrelevante para la temática seleccionada así como aquellos que no aportasen información nueva sobre la misma.

Los años seleccionados para la búsqueda de información han sido desde el 2006 al año 2016.

RESULTADOS

TIPOS DE PRESCRIPCIÓN:

El Consejo General de Enfermería define la prescripción enfermera como: “la capacidad del enfermero/a, en el marco de la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería, de seleccionar (guiados por el criterio profesional) diferentes materiales, productos-dispositivos y medicación encaminados a satisfacer las necesidades de salud del usuario y la población, apoyados por el juicio clínico enfermero y administrados en forma de cuidados”. (1,2)

Existen tres modelos de prescripción enfermera:

1. Prescripción independiente o autónoma
2. Prescripción colaborativa, dependiente, semiautónoma o complementaria
3. Prescripción estandariza o protocolarizada

- 1. La prescripción autónoma** es un modelo en el que la enfermera emite un juicio diagnóstico enfermero del estado de salud, planificando y desarrollando los cuidados necesarios. Por la modificación del apartado 1 del artículo 77 de la ley 28/2009 de 30 de Diciembre, los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos y productos sanitarios no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante el orden de dispensación correspondiente.(1,2)
- 2. El segundo tipo** de prescripción es la realizada por la enfermera como consecuencia del acuerdo del equipo profesional sanitario, es el producto de una atención, seguimiento y control de la evolución de patologías diagnosticadas y tratadas, tratando de facilitar el acceso del paciente a la medicación indicada y prescrita por el médico.(1,2)

Este tipo de prescripción se da sobre todo en la atención al paciente crónico una vez conocido el diagnóstico y el tratamiento establecido por el médico. Será el gobierno el que regulará la indicación, uso y autorización de dispensación de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros.

En último lugar la **prescripción estandarizada** se da en situaciones determinadas dentro de los términos de un protocolo de actuación, consensuado con el equipo para la atención de la salud de la población. (1,2,3,4)

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ANTES Y DESPUÉS:

Hoy en día con mayor frecuencia las enfermeras están adquiriendo un mayor protagonismo en la prescripción de fármacos y productos sanitarios, algo necesario e imposible de detener con la evolución de la profesión de enfermería.

(3,4,5,6,7)

Estas enfermeras se enfrentan de manera habitual, en el desempeño de su trabajo, con la necesidad de prescribir medicamentos y productos sanitarios. Y en ocasiones solicitan la realización de pruebas complementarias, asumiendo un espacio compartido de competencia profesional con otros profesionales de salud. (3,4,5,6,7,8)

Debido a la nueva regulación del **Real Decreto** la situación ha cambiado completamente. El profesional de enfermería debe:

- Cumplir estrictamente el RD de prescripción enfermera, ya que es una norma básica de obligado cumplimiento en todo el ámbito estatal.
- No admitir órdenes verbales excepto en las intervenciones en riesgo vital.
- Solicitar al médico la prescripción detallada de las pautas de medicamentos y productos sanitarios a utilizar para cada paciente.

- Hacer constar a la Dirección de Enfermería y a la Gerencia de su centro sanitario los nuevos condicionamientos legales que impiden el desarrollo habitual del trabajo enfermero, dejando claro que esta situación es ajena a su voluntad.
- Denunciar ante las organizaciones que forman la Mesa de la Profesión Enfermera cualquier situación en las que se les obligue a trabajar en contra de lo dispuesto en el RD de prescripción.(7,8,9)

HISTORIA DE LA PRESCRIPCIÓN:

La administración de medicamentos es una competencia relacionada con el trabajo enfermero. Sin embargo, a pesar de ser una práctica habitual, es la competencia más discutida por falta de una norma reguladora que manifieste los beneficios para los pacientes y los profesionales sanitarios.(4)

El desarrollo de la regulación de la prescripción enfermera en España comenzó en el año 2002, en el que la OMS estableció que se deberían emitir licencias para los profesionales sanitarios, asegurando que todos sean competentes para diagnosticar, recetar y dispensar.(3,4)

El BOE publicó el RD 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Entró en vigor el 24 de diciembre de 2015 y es de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional, tanto en la sanidad pública como en la privada.

Afecta a profesionales de enfermería y establece obligaciones a los médicos.

Fuera de nuestras fronteras, sobre todo en países de características análogas, los problemas de salud que la población presenta son similares.(4,5,6)

En **REINO UNIDO** han legalizado en 2006 la libre prescripción enfermera para aquellos profesionales en posesión de formación y capacitación adecuada.

Esto ha derivado en una mayor satisfacción y autonomía profesional de las enfermeras implicadas.

SUECIA es el país europeo pionero en la prescripción enfermera (1988).

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA PRESCRIPCIÓN:

VENTAJAS	DESVENTAJAS
Mejora calidad asistencial	Recorta competencias
Mayor eficacia y eficiencia	Afecta el desempeño del trabajo enfermero.
Mejor organización	
Mayor seguridad de los profesionales	Altera la actividad profesional habitual ya que genera conflictos.
Aumento del grado de satisfacción del paciente	
Más personalización y continuidad asistencial	Es el médico quien debe determinar el fármaco a aplicar.

CONCLUSIONES

El objetivo inicial del Real Decreto era la regulación legal de la participación de las enfermeras en la prescripción de medicamentos y productos sanitarios. Pero desde su entrada en vigor con sus modificaciones, y con carácter obligatorio para todos los profesionales, es requisito imprescindible que el médico, a través de receta o dejando constancia escrita en la historia clínica del paciente, determine qué fármaco sujeto a prescripción médica y demás productos sanitarios son los que se deben aplicar. Además, afecta al desempeño del trabajo enfermero al mismo tiempo que recorta sus competencias y altera la actividad profesional habitual, deteriorando el funcionamiento normal de los centros sanitarios y la calidad de la asistencia que se presta a los pacientes, generando además un conflicto indeseado entre colectivos profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Noticias Especial Prescripción Enfermera FUNDEN. [Internet]. Fundación para el desarrollo de la Enfermería. Madrid: 2005 [última actualización el 26 de Enero de 2016; consultada el 28 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.fuden.es/actualidad/noticias/1550-especial-prescripcion-enfermera-indicacion-de-medicamentos-y-nuevos-perfiles-la-ampliacion-de-competencias-profesionales-como-respuesta-a-la-necesidad-social>
2. Noticias La Dispensación de medicamentos por los profesionales de Enfermería Activa Mutua. [Internet]. Activa Mutua España: 2008 [Última actualización 26 de Febrero del 2016; consultada 28 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.activamutua.es/la-dispensacion-de-medicamentos-por-los-profesionales-de-enfermeria/>

BIBLIOGRAFÍA

3. Noticias ¿Siguen siendo válidos los protocolos y guías de práctica clínica y asistencial existentes tras la entrada en vigor del RD 954/2015? Codem. [Internet]. Ilustre colegio oficial de enfermería de Madrid. Madrid: [Última actualización el 12 de Febrero de 2016; consultada 28 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=89764d7c-a8f4-444b-85ff-36898f94f89f&Cod=00bc130e-461c-40d6-aaaa-351eddf500bd&Idioma=es-ES>
4. Antonio A. Arribas Cachá, Amelia Amézcuca Sánchez. Prescripción Enfermera en la Terapéutica del Cuidado. Indicación, Uso y Dispensación de Medicamentos y Productos Sanitarios en los Cuidados Generales. FUNDEN, Madrid 2015.

BIBLIOGRAFÍA

5. España. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE, 27 de julio de 2006, núm. 178, p.28122.
6. España. 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, 31 de julio de 2009, núm. 315, p.112036.
7. España. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE, 20 de julio de 2011, núm. 17, p.6306.
8. España. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE, 23 de diciembre de 2015, núm. 306, p.121483.

BIBLIOGRAFÍA

9. España. Ley 10/2013, de 24 de julio, por la que se incorporan al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal, y se modifica la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE, 25 de julio de 2013, núm. 177, p.54488.

TEMA 118. ANÁLISIS COSTE- UTILIDAD DE DOS PROGRAMAS DE ACTIVIDAD FÍSICA EN NIÑOS CON PROBLEMAS CARDIACOS.

**ROCÍO MORENO SÁNCHEZ
JOSÉ DAVID MARTÍNEZ CASTILLO
M^a ANGELES MORENO SÁNCHEZ**

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVO**
- 3. METODOLOGÍA**
- 4. RESULTADOS**
- 5. CONCLUSIONES**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas constituyen un grave problema de salud pública ya que son un factor de morbimortalidad y discapacidad. Dentro de este grupo, las cardiopatías congénitas son las que tienen una mayor prevalencia.

En España 8 de cada 1000 niños que nacen las padecen. Sin embargo, gracias a los avances tecnológicos y a un mayor control en el embarazo la mortalidad ha ido descendiendo.

Este tipo de enfermedad produce una gran afectación en la calidad de vida de estos niños. Por tanto, el reto que se plantea es encontrar un programa de rehabilitación que genere una mayor calidad de vida en este grupo poblacional a un menor coste.

2.OBJETIVO

Analizar el coste-utilidad de dos programas de actividad física diseñada para escolares con problemas cardiacos congénitos.

3. METODOLOGÍA

Se realiza una evaluación económica, concretamente el coste-utilidad de dos programas de actividad física, uno de ellos plantea su realización en los colegios como actividad escolar, y el otro en centros deportivos suponiendo una actividad extraescolar. Para ello, se analizan los costes que supone la realización de la intervención en el centro escolar y en un centro deportivo.

Se debe tener en cuenta que los gastos de personal serían los mismos. Sin embargo, dentro del colegio se podrían utilizar los recursos disponibles sin la necesidad de un pago adicional.

Se comparan estos gastos con los años de vida ajustados por calidad de vida (AVACs) obtenidos a través del cuestionario PedsQL, específico para el análisis de la calidad de vida en niños y adolescentes con cardiopatías. De esta manera, se obtiene el mejor programa desde el punto de vista coste-utilidad.

4. RESULTADOS

La intervención que se realiza en los centros deportivos tiene un coste adicional de 18.000 euros. Sin embargo, no ofrece mejores resultados en años de vida ajustados por calidad de vida, generando 8,6 AVACs menos que el programa de actividad física en el centro escolar. De esta manera, desde el punto de vista coste-utilidad este último programa es mucho más factible ya que generan una mayor calidad de vida a un menor coste.

Además de aprovechar los recursos existentes en el colegio, favorece la integración con el resto de compañeros dentro de su medio y supone una mayor comodidad para los padres ya que no les dificulta a la hora de conciliar esta actividad con su jornada laboral.

5. CONCLUSIONES

Adaptar los centros escolares donde hay niños con problemas cardíacos congénitas para que realicen actividad física es un gran reto a nivel comunitario. Necesita de una gran inversión, sin embargo los beneficios que reporta en la calidad de vida son enormes. Establecer programas de ejercicio en centros deportivos parecía que tendría una mayor aceptación y mejora de la calidad de vida. Sin embargo, a pesar de tener costes netos más elevados su mejora en la calidad de vida fue menor y reportó un coste-utilidad más bajo que la actividad en centros escolares.

No se han registrado efectos negativos por lo que su impartición en los centros escolares ha sido útil y beneficiosa. De esta manera, se puede afirmar que realizar programas de actividad física para niños con problemas cardiacos en los centros escolares es una forma coste-útil de generar una mejora en la calidad de niños.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Zarate V. Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación. Rev Med Chile. 2010; 138 (Supl 2): 93-97
2. Drummond MF, Schulpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press. 2005.
3. Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J, Ortún-Rubio V. Análisis coste-utilidad. 2001; 27 (8): 533-585
4. Pérez-Lescure Picarzo J, Mosquera González M, Latasa Zamalloa P, Crespo Marcos D. Incidencia y evolución de las cardiopatías congénitas en España durante 10 años (2003-2012). An Pediatría. 2018;89(5):294–301.

**TEMA 119. DIAGNÓSTICO
RADIOLOGICO DE LAS LESIONES
QUISTICAS DE PANCREAS.**

**LAURA DIAZ RUBIA
FRANCISCO JAVIER GARCIA VERDEJO**

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **TIPOS DE LESIONES QUISTICAS DE PANCREAS**
- **CONCLUSIONES**

INTRODUCCION

El aumento en la expectativa de vida ha hecho que se realicen más pruebas de imagen y se diagnostiquen más lesiones de páncreas.

El desarrollo de pruebas de imagen con mayor calidad como la TCMD, la RMN y la CRMN ha hecho que se visualicen lesiones más pequeñas muchas asintomáticas. Importancia también de la eco-endoscopia y la PAAF para diagnóstico de certeza.

Importante diferenciar sobre todo entre PSEUDOQUISTE y NEOPLASIA QUÍSTICA DE PANCREAS.

Algunos tumores sólidos con degeneración quística o necrosis pueden simular tumores quísticos de páncreas.

Preguntas que hay que hacerse ante una NQP:

¿Neoplasia quística de páncreas (NQP) o pseudoquiste?

Si es NQP, es de extirpe serosa o mucinosa?

Si es de extirpe mucinosa, ¿ es una NQM o una NIPM?

Si es una NIPM, ¿ es de rama principal o secundaria?

Si es una NQM, ¿ se puede diferenciar si es de bajo o alto grado?

TIPOS

CISTOADENOMA SEROSO:

NQP más frecuente, mujeres 7ª década (NQP de la abuela).

Cuerpo y cola (60%), asintomáticos y benignos. No comunican con ducto pancreático.

Tres variantes:

1-microquística: + frecuente, múltiples quistes menores de 2cm, “panal de abejas”, imagen Rx en “estrella”(30%).

2-macroquística/oligoquístico: quistes hasta 15 cm.

3-difuso asociado a Von Hippel Lindau, múltiples quistes.

Dg Radiológico: TC -> polilobulado, realce fino de septos, cicatriz central forma de estrella calcificada. RMN -> múltiples focos brillantes en secuencias pT2 (quistes).

Tto: observación, Cirugía si mayores a 4 cm, sintomáticas,

NEOPLASIA QUISTICA MUCINOSA

Mujeres de 50 años. Cuerpo y cola. Potencialmente Mg.
Tamaño de 8 cm predictor de malignidad.

AP: células columnares productoras de mucina y estroma ovárico (si no -> NQI productora de mucina).

Tres subgrupos (Clínica Mayo):

1-Cistoadenoma Mucinoso (CAM)

2-NQM proliferativa no invasiva

3-Cistoadenocarcinoma Mucinoso

Radiológicamente: (TC, RMN) multilocular, septos y pared gruesa, calcificaciones periféricas (cáscara de huevo -> Mg), no comunican con ducto pancreático (erosión, compresión), sangre o detritus.

Tto: elección la cirugía, valorar observación si pequeñas

NEOPLASIA INTRADUCTAL PAPILAR MUCINOSA

Neoplasia con proliferación de células neoplásicas mucinosas, que forman papilas y causan dilatación del ducto principal o sus ramas. NO estroma ovárico.

Tres subtipos:

1-NIPM-CP-> sintomáticos, dilatación difusa y tortuosa.

2-NIPM-CS→asintomáticos, nódulos murales y lesiones >3cm.

3-NIPM-mixta->

Dg: TCMD y RMN (dilatación de CP y/o CS, nódulos murales, quistes en racimo de uvas (NIPM-CS) y CPRMN (comunicación ductus), Eco-endoscopia, CPRE

Tto: cirugía excepto en las NIPM-CS asintomáticas y sin criterios de Mg.

PSEUDOQUISTE

Lesión quística pancreática más frecuente (90%).

Complicación de pancreatitis aguda 2-3% de los casos.

Exopancreático (en pancreatitis necrotizante) o intrapancreático (pancreatitis crónica).

TC: pared/cápsula bien definida, zona central hipoatenuante y realce con CIV de la pared fibrosa. Signos añadidos: inflamación, atrofia, calcificación, litiasis pancreática.

Pseudoquiste puede comunicar con el conducto p. p. (CPRMN o TCMD con MPR). Diferenciar del NIPM.

Si presenta septos puede ser indistinguible de NQM.

TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR (TSSP)

- Mujeres 25 años, relación hormonal, tumor de la hija, cuerpo y cola, clínica dolor abdominal y masa palpable.
- tumor sólido -> esclerosis vascular, necrosis, sangrado, zonas quísticas intratumorales y calcio.
- TC: gran masa hipodensa, encapsulada, captación fina de contraste periférico en fase arterial y captación tenue difusa en fases venosa y de equilibrio.
- RMN: pT1 hipointensa con focos hiperintensos (zonas hemorrágicas). pT2 es hiperintensa.
- Tto: resección radical, incluso si metástasis o recidiva, si son resecables.
- Px: tumores borderline, criterio de M_g invasión vascular, linfática, nerviosa o M_x. Buena supervivencia (95% cura si resección).

TUMOR NEUROENDOCRINO CON DEGENERACIÓN QUÍSTICA

- Neoplasia endocrina funcionante (pequeñas)o no (efecto masa).
- También llamada tumor de células de los islotes.
- TC: lesión hipervascular, con anillo periférico que realza con civ, zonas necróticas o quísticas, realce intenso en fase arterial.

CONCLUSIONES

El diagnóstico radiológico de las distintas LQP importante por su variedad de comportamiento.

LQP aumentan en Dg por las nuevas técnicas de imagen.

Técnicas diagnósticas mejoradas: TCMD, MPR, RMN, CPRMN, Eco-endoscopia, CPRE, PAAF. Usar las precisas según las dudas diagnósticas en cada caso.

1º distinguir entre pseudoquiste vs NQP y después si es NQP distinguir entre extirpe serosa o mucinosa.

En ptes con historia de Pttis de repetición sin causa clara ni FR, sospechar NIPM.

La actitud según el tamaño de la lesión, las características de malignidad, la sintomatología, la morbimortalidad quirúrgica y las expectativas de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rafique A, Freeman S, Carroll N. A clinical algorithm for the assessment of pancreatic lesions: utilization of 16- and 64-section multidetector CT and endoscopic ultrasound. *Clinical Radiology* 2007; 62:1142-1153.
2. Low G, Panu A, Millo N, Leen E. Multimodality Imaging of Neoplastic and Nonneoplastic Solid Lesions of the Pancreas *RadioGraphics* 2011; 31:4, 993-1015.
3. Hutchins G, Draganov PV. Diagnostic Evaluation of Pancreatic Cystic Malignancies. *Surg Clin N Am* 2010; 90:399–410.
4. Verbesev JE, Munson JL. Pancreatic Cystic Neoplasms. *Surg Clin N Am* 2010; 90:411-425.

TEMA 120. CHEMSEX, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

**ESTEFANÍA CARRASCO GAVIRA
RAQUEL CANTARERO SOLER
ANA MARÍA ALARCÓN PINTO**

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN.**
- 2. OBJETIVOS.**
- 3. METODOLOGÍA.**
- 4. DIFERENCIAS ENTRE EL CHEMSEX Y OTROS CONSUMOS.**
- 5. RIESGOS DE LA PRÁCTICA DEL CHEMSEX.**
- 6. POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE PRACTICAR CHEMSEX.**
- 7. ASPECTOS SOCIO-SANITARIOS QUE FAVORECEN EL CHEMSEX.**

ÍNDICE

8. DROGAS PSICOACTIVAS UTILIZADAS EN EL CHEMSEX.

9. INTERACCIONES ENTRE LAS DROGAS DEL CHEMSEX Y ANTIRRETROVIRALES.

10. RESULTADOS.

11. CONCLUSIÓN.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El término Chemsex hace referencia al consumo intencionado de drogas para mantener relaciones sexuales de larga duración (de horas a días).

El concepto de drogas recreativas (o de club) ha ido evolucionando desde finales de los años 90. Existen varias publicaciones donde se asocia el aumento del consumo de ciertas drogas (GHB, metanfetamina, cristal...) con la actividad sexual. Sin embargo, los estudios enfocados a analizar la prevalencia de ese uso convergente de drogas y sexo se han iniciado de forma tardía en muchos países (a partir del 2014), dando como resultado una visión objetiva de la realidad actual.

Así que en los últimos años podemos encontrar gran número de publicaciones relacionadas con ese contexto; la cuestión es: ¿está habiendo un aumento del Chemsex o estamos redescubriendo algo que hasta ahora era ajeno a nosotros, aunque ya existía?

En España se han comenzado varios estudios de campo, a raíz de los datos provenientes del Reino Unido y, a su vez, de Estados Unidos, en donde se asocia el uso específicamente sexualizado de estas drogas al colectivo HSH (hombres que tienen sexo con otros hombres, pero no se identifican como gays o bisexuales) así como diversos programas con el objetivo de explicar la situación actual del problema y proponer distintas formas de ayuda en el asesoramiento y disminución de los daños derivados de estas prácticas.

2. OBJETIVOS

- ✓ Concienciar a la comunidad sanitaria de que el Chemsex es una práctica con mayor incidencia en el colectivo HSH, con consecuencias graves para la salud de las personas afectadas que, a su vez, generan problemas laborales, sociales y familiares.
- ✓ Formar y sensibilizar a la comunidad sanitaria para detectar de forma precoz ITS, abuso o dependencia de sustancias y/o práctica del Chemsex.

- ✓ Evitar un trato sensacionalista que algunos medios de comunicación podrían estar dándole
- ✓ al Chemsex y que estigmatizan aún más a la población de HSH y LGTBI.
- ✓ La creación de centros o equipos especializados en Chemsex con procedimientos de trabajo consensuados.
- ✓ Estudiar la incidencia real del Chemsex.
- ✓ Creación de comités operativos de seguimiento de Chemsex donde interactúan todas las especialidades sanitarias involucradas.
- ✓ Informar a las organizaciones LGTBI que trabajan con el colectivo para que conozcan el abordaje que se puede hacer desde los Centros de Atención a la drogodependencia y facilitar así la derivación.

3. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica usando la base de datos Google Académico. Debido a la gran cantidad de artículos escritos en los últimos años haciendo referencia a esta problemática social, se seleccionaron los artículos escritos en español correspondientes al año 2019 (19 artículos).

Se descartaron aquellos cuyos contenidos no eran relevantes o científicos, quedando finalmente 5 artículos.

Palabra clave: Chemsex.

4. DIFERENCIAS ENTRE EL CHEMSEX Y OTROS CONSUMOS

- En los últimos años, la aparición de nuevas drogas que no están relacionadas con el uso medicinal hace que sea difícil su control por parte de las autoridades. Además, dado que su elaboración es sencilla, se les va incorporando nuevos elementos, lo que provoca que su regulación sanitaria sea todavía más difícil.
- Sin embargo, todo este fenómeno se ha visto potenciado con el amplio uso que hacemos de internet: acceder a fiestas con encuentros sexuales, dejar constancia sobre las características y las preferencias de dichos encuentros, visualizar prácticas sexuales de cualquier tipo, adquirir drogas en las propias apps de contacto, etc. Siempre manteniendo la privacidad y el anonimato en todo momento.

5. RIESGOS DE LA PRÁCTICA DEL CHEMSEX

El Chemsex se ha asociado con las prácticas sexuales inseguras y con un mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluidas el VIH y la hepatitis C.

Además, a esto se les añaden los problemas de salud derivados del consumo de estas drogas (complicaciones leves o graves, efectos secundarios, dependencia, etc). Y, en el caso de las personas con VIH, también se veían afectado por el riesgo de interacciones y la falta de adherencia con el tratamiento antirretroviral o con el del virus de la VHC.

6. POBLACIÓN SUSCEPTIBLE DE PRACTICAR CHEMSEX

Podría creerse, erróneamente por otra parte, que la población susceptible de practicar Chemsex tendría las mismas características que las personas que usan generalmente las drogas (colectivos marginados, minoritarios, de escasos recursos, bajo nivel socio-económico, etc), pero no es así.

Las características de los usuarios del Chemsex son:

- Pertenecientes al colectivo HSH (sobre todo los que están infectados por VIH).
- Factores sociodemográficos: edad entre 30-45 años, trabajador, estatus económico favorable, nivel educativo medio-alto, residente en las principales ciudades o capitales europeas.

7. ASPECTOS SOCIO-SANITARIOS QUE FAVORECEN EL CHEMSEX

Se pueden distinguir 3 tipos de sujetos:

- Los que consumen drogas con regularidad o con poca frecuencia y que tienen el control de su uso y manejan su dosis, frecuencia y dependencia de manera cuidadosa y efectiva.
- Los que sienten que el uso de las drogas es problemático, con efecto negativo en su bienestar físico, mental o social, y desean encontrar ayuda profesional para manejar o reducir el uso de las mismas.
- Los que tienen una relación problemática con el consumo de drogas durante el sexo, sin reconocer el problema y con graves daños relacionados con su salud sexual, mental o física.

Por otra parte, el uso de esta práctica también se vería favorecida por los sentimientos negativos, la falta de confianza, baja autoestima, homofobia internalizada, el estigma de tener VIH o incluso haber padecido abusos sexuales en la infancia.

8. DROGAS PSICOACTIVAS UTILIZADAS EN EL CHEMSEX

Las drogas utilizadas de forma habitual para esta práctica son:

- Mefedrona
- Metanfetamina
- GHB

Aunque pueden variar, dependiendo de la zona geográfica donde se realice (cocaína, poppers, 3,4-metilenedioximetanfetamina o MDMA, ketamina y fármacos para la disfunción eréctil, pentedrona, 4-MEC y 3-MMC).

DROGAS UTILIZADAS HABITUALMENTE EN CHEMSEX

NOMBRE COMÚN	NOMBRE DE CALLE	FORMA DE PRESENTACIÓN	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN	TIEMPO DE DURACIÓN
MEFEDRONA Otras catinonas: pentedrona, 4-MEC, 3-MMC	Mefe, miau-miau, sales de baño	Polvo, cristales, tabletas, cápsulas	O, N, IV, R	O: 4h IV: 45 min N: 1h
METAANFETAMINA	Tina, tiza, cristal-meth, cranck, meta, ice	Polvo, cristales	N, F, IV, R	4-12 h
GHB/GBL	G, éxtasis líquido, bote, chorri	Líquido	O	Desde 2-3 hasta 7 h
NITRITOS DE ALQUILO/BUTILO	poppers	Líquido volátil	N	N: 1-2 min
COCAÍNA	Coca, ferlopa, blanca, crack	Polvos blancos	N, F (base), IV	45-60 min
MDMA	Éxtasis, eme, cristal, x, sextacy (con sildenafil)	Cristales, comprimidos con logo, polvo.	O	6h
KETAMINA	Keta, vitamina k	Polvos, cristales, líquido	N, O, IM	N: 45-60 min O: 2-3h
INHIBIDORES 5-FOSFODIESTERASA	Sildenafil (viagra) vardenafilo (levitra) Tadalafilo (cialis)	comprimidos	O	Sildenafil: 4-8h Vardenafilo: 4-8h Tadalafilo: 36h

Leyenda: O=oral N= nasal IV= intravenosa (Slamming) R=rectal (booty-bumping) F= fumada IM= intramuscular

CARACTERÍSTICAS DE LAS DROGAS UTILIZADAS HABITUALMENTE EN CHEMSEX

NOMBRE COMÚN	EFECTOS ESPERADOS	COMPLICACIONES
<p>MEFEDRONA Otras catinonas: pentedrona, 4-MEC, 3-MMC</p>	<p>Euforia, excitabilidad, aumento del nivel de alerta y de la energía, del deseo sexual, empatía por el otro</p>	<p>Delirium, alucinaciones, agitación, agresividad, taquicardia, hipertensión, inquietud, sudoración, dilatación pupilar, rabdomiolisis, fallo renal, convulsiones, muerte.</p>
<p>METANFETAMINA</p>	<p>Excitación, sensación de bienestar, euforia, incremento de alerta y energía, disminución del sueño, aumento de confianza y atención focalizada, disminución del apetito, sociabilidad, afrodisiaco, aumento del deseo sexual, disminución de fatiga y pérdida de inhibiciones. Puede retrasar la eyaculación.</p>	<p>Hipertensión, arritmias, infarto del miocardio, eventos vasculares cerebrales, bronquitis, hipertensión pulmonar, xerostomía, caída de dientes. A altas dosis: disforia, inquietud, ansiedad, temblores, <u>discinesias</u>, comportamientos compulsivos, insomnio, alucinaciones y delirios paranoides. Uso crónico: ansiedad, inquietud, insomnio, grandiosidad, psicosis, alucinaciones, depresión, conductas agresivas o violentas, irritabilidad, agitación psicomotriz.</p>
<p>GHB/GBL</p>	<p>A dosis bajas: euforia, desinhibidor, ansiolítico, afrodisiaco, orgasmos intensos, mayor interacción. A dosis altas: somnolencia y pérdida de control motor</p>	<p>Sobredosis. Efecto acumulativo tóxico: disminución del nivel de conciencia con pérdida del control motor, convulsiones, vómitos con riesgo de broncoaspiración, hipotensión, bradicardia, hipotermia y coma. En intoxicaciones leves: delirium, alucinaciones y otros síntomas psicóticos.</p>

CARACTERÍSTICAS DE LAS DROGAS UTILIZADAS HABITUALMENTE EN CHEMSEX

NOMBRE COMÚN	EFECTOS ESPERADOS	COMPLICACIONES
NITRITOS DE ALQUILO/BUTILO	Euforia, calor generalizado, aumento de sociabilización y empatía, disminución breve de la orientación espacio-temporal, incremento del deseo y excitación, con sensación subjetiva de mayor rendimiento y potencia del acto sexual. Gracias a la relajación del músculo liso, facilita la penetración anal.	Cefaleas, dificultades respiratorias, hipotensión, ataxia, disartria o irritación de las vías aéreas. Complicaciones graves: toxicidad retiniana con pérdida de visión, conversión de hemoglobina a metahemoglobina, que puede provocar hipoxia y anemia hemolítica.
COCAÍNA	Vasoconstricción, taquicardia, hipertensión, midriasis, temblor, sudoración, enrojecimiento dérmico, dificultades urinarias e incremento de la Tª corporal. Euforia, incremento de la energía y alerta, intensificación de las sensaciones corporales, mejoría de autoestima, aumento de psicomotricidad, reducción de necesidad de sueño, anorexia, etc.	Accidentes isquémicos debido a la vasoconstricción periférica. Mayor prevalencia de trastornos afectivos (de ansiedad o depresivos), trastornos psicóticos y alteraciones de conducta en general.
MDMA	Empatía y acercamiento con los demás, euforia, incremento de energía, enriquecimiento de las percepciones sensoriales y de la sensualidad.	Complic. Leves: Bruxismo, náuseas, vómitos, nistagmo, insomnio, hiporexia. Complic. Graves: deshidratación e hipertermia. Hipertensión arterial, shock cardiovascular, insuficiencia renal aguda, convulsiones, espasticidad muscular, ansiedad, inquietud, alucinaciones, síntomas psicóticos.
KETAMINA	A dosis bajas: efecto estimulante y desinhibidor, incremento del deseo sexual. Euforia, embriaguez, alteración de la percepción corporal. A dosis altas: efecto psicodélico, alteración de la percepción <u>temporo-espacial</u> y de la consistencia y límites del propio cuerpo. Alucinaciones, disociación mente-cuerpo, sensación de levitación, experiencias cercanas a la muerte, efecto anestésico (facilita las prácticas sexuales dolorosas)	Mareo, náuseas, vómitos, cefalea, confusión, desorientación y pérdida de coordinación motora. Uso crónico: daño hepático, cistopatía, daño renal, daño uretral, aumento de micción. <u>Neurotoxicidad</u> : déficit en aprendizaje verbal, velocidad de procesamiento, déficit en memoria episódica y en capacidad atencional.

9. INTERACCIONES ENTRE LAS DROGAS DEL CHEMSEX Y ANTIRRETROVIRALES.

Durante los últimos 10 años, ha habido un aumento tanto en el número de casos de intoxicación como de muertes por sobredosis entre los usuarios de las drogas del Chemsex. Aunque se cree que la interacción con los antirretrovirales puede ser responsable de parte de estos casos de sobredosis, aún no existen suficientes datos para demostrarlo.

10. RESULTADOS

- Las personas que practican Chemsex ni corresponden al estereotipo de “usuarios de drogas” ni piensan en sí mismos como drogadictos (negando, intrínsecamente, la posibilidad de consecuencias negativas por dicho consumo).
- Además, pertenecen a un entorno social donde el uso de drogas para el sexo es más aceptable que para el conjunto de la sociedad y creen que esta práctica les va a permitir llevar a cabo el tipo de sexo soñado.
- Por estos motivos, ni el usuario ni su entorno creen que necesiten ayuda profesional.

11. CONCLUSIÓN

- Para finalizar, podemos decir que el Chemsex proporciona una experiencia, no solo de sexo sin barreras, sino sin límites en cuanto a tiempo y a capacidad física y mental, con desconocidos con los que de repente sientes conexión.
- Las drogas están al alcance de casi todos, y no hace falta ir a locales de ambiente para practicar el Chemsex.
- Sin embargo, los efectos del consumo a corto o largo plazo, las intoxicaciones o las enfermedades, puede que no hagan tan deseable o atractiva esta práctica sexual, porque el precio a pagar es alto.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Ayerdi Aguirrebengoa O, Vera García M, Portocarrero Nuñez JA, Puerta López T, García Lotero M, Escalante Garcia C, et al. La implementación de la profilaxis preexposición podría evitar la mayoría de las nuevas infecciones por el VIH en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transexuales. Rev Clínica Española [Internet]. 11 de abril de 2019 [citado 16 de junio de 2019]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256519300700>

2. López de Munain J. Epidemiology and current control of sexually transmitted infections. The role of STI clinics. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 15 de junio de 2019];37(1):45-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213005X18302994>

3. Lugo Barrios SE, Periodismo P en, time F. Placer desbordado: espacios, prácticas y personajes de Chapigay. *reponameRepositorio Inst EdocUR* [Internet]. 29 de abril de 2019 [citado 16 de junio de 2019]; Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/19715>

4. Martínez Muñoz A. Características de los nuevos pacientes con infección por VIH sin tratamiento antirretroviral previo en el área de Bilbao durante el período 2013-2017. 15 de enero de 2018 [citado 15 de junio de 2019]; Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/30814>

5. Molins Pascual S, Serrano R, Ibarguchi L, Dolengevich Segal H. Abordaje multidisciplinar del síndrome de abstinencia grave a ácido gamma-hidroxibutírico y 3-metilmecatinona. Med Clínica Práctica [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 16 de junio de 2019];2(1):1-3. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603924918300818>

TEMA 121. REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO.

CARMEN ORTIZ GIMENEZ

ELISA BAUTISTA ALARCON

FRANCISCA YOLANDA MURCIA ARAGON

FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIA

ÍNDICE

- **INTRODUCCION**
- **CASO CLINICO**
- **CONCLUSION**
- **BIBLIOGRAFIA**

INTRODUCCION

El suelo pélvico es la estructura que envuelve la zona inferior de la pelvis, la cual se compone de músculos, fascias y ligamentos, y cuya función es sostener las vísceras pélvicas (vejiga, útero y recto), además de albergar al feto durante el embarazo. Esta estructura tiene la forma de un “puente colgante”, con el sacro en la parte posterior y en la parte anterior el pubis. Los ligamentos de sostén gracias a su tensión serían los responsables de mantener dicho puente.

El suelo lo formaría un plano muscular y una lámina de tejido conjuntivo, que es el que da sostén. Es una estructura dinámica, nada rígida, que se adapta al movimiento continuo así como a los cambios posturales, y siempre manteniendo una tensión adecuada para mantener la vejiga, el útero y el recto dentro de la pelvis. Cuando el suelo pélvico se debilita, las estructuras que mantiene descienden y por tanto, se altera su función.

CASO CLINICO

Mujer de 58 años remitida por urología al servicio de rehabilitación, para valoración y tratamiento, por presentar incontinencia mixta (predominio de esfuerzo). Refiere pérdidas de orina desde hace 25 años en relación con Valsalvas, y en ocasiones, también caminando. Usa protectores tipo compresas 2-3 veces/ día, las cuales retira mojadas. No refiere bulto en vagina, tampoco escape de gases ni heces. Las pérdidas son siempre conscientes. Como antecedentes la paciente había tenido una intervención quirúrgica de ovario izquierdo, endometriosis y dos partos vaginales.

A la Exploración, era una paciente obesa, con abdomen globuloso, no se apreciaban bloqueos diafragmáticos ni dolor a la exploración. No diástasis de rectos abdominales. Reflejo clitoridoanal normal. Tacto vaginal no doloroso. Contrae con sinergia de glúteos y aductores. Mantiene contracción de la musculatura menos de 5 segundos. Puntuación 3 en la escala Oxford.

Se pautan 20 sesiones de fisioterapia consistentes en:

- Propiocepción de suelo pélvico
- Ejercicios de Kegel
- Electro-estimulación intracavitaria
- Ejercicios hipopresivos
- Normas posturales
- Enseñanza de maniobras anticipatorias a Vasalva
- Consejos dietéticos
- Diario miccional

CONCLUSION

No recuperar adecuadamente el periné debilitado y sometido a aumento de presión puede derivar en incontinencia, prolapsos (descenso de órganos pélvicos) y disfunciones sexuales. La mayoría de veces creemos que son síntomas pasajeros, que entran dentro de la normalidad tras el parto, como es el caso expuesto, y que con el tiempo, remitirán. Todo ello, deriva en la no consulta de dichos síntomas y por tanto en la disfunción del suelo pélvico. Lo correcto a realizar tras dar a luz sería, en primer lugar, la revisión por el ginecólogo y/o matrona y en segundo lugar, y muy importante, la valoración por parte del fisioterapeuta especialista en suelo pélvico.

Dicha valoración puede ser realizada a partir de la 6ª semana tras el parto, y no a los 25 años tras el parto, como es el caso que nos acontece. La paciente experimentó mejoría tras el tratamiento, pero no lo suficiente como para recuperar totalmente la normal funcionalidad de las estructuras pélvicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Thibodeau G., Patton K. Anatomía y fisiología. Harcourt. 4^a edición.2007.
- Martinez Bustelo S., Ferri Morales A., Patiño Nuñez S., Viñas Diz S., Martinez Rodriguez A. Entrevista clínica y valoración funcional del suelo pélvico. Fisioterapia 2204; 26 (5): 266-80.
- Ragué J.M. Trastornos del suelo pélvico. Cir Esp. 2005; 77 (5): 254-7.

TEMA 122. CUIDADOS DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN GERIATRÍA.

MARTA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **MÉTODO**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSION**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Las UPP se consideran uno de los principales inconvenientes que aparece con mayor incidencia durante la vejez y que conlleva un gran impacto emocional y físico al anciano, familia y cuidador.

OBJETIVOS

Determinar la frecuencia que se producen en el desarrollo de UPP en geriatría.

MÉTODO

Se realiza una revisión sistemática de estudios descriptivos realizados en centros geriátricos, basados en protocolos de actuación en la prevención, manejo y tratamiento de UPP. Se realizó una búsqueda con los descriptores: presión, prevalencia, valoración de riesgo, reevaluación, registros de enfermería, mejora de la calidad.

RESULTADOS

La frecuencia de desarrollar UPP en la edad adulta es muy alta, clasificándose según los grados en: UPP grado I 20%, grado II 40% y de grado III 30% y grado IV 10%. De todos los casos un 57% presenta únicamente una úlcera, 35% cuentan con 2, un 7% con 3 y un 1% presentan 4 UPP de forma simultánea. Según los estudios las causas más frecuentes de desarrollo de UPP son la inmovilidad de los pacientes, causadas por diferentes estados y patologías, también hay que destacar la incontinencia, humedad, estado nutricional deficitario, enfermedades crónicas, diabetes,...

CONCLUSION

Las UPP suponen un indicativo de los cuidados llevados a cabo por el personal sanitario. Su presencia implica deterioro de la salud del anciano, aumento de los gastos en el tratamiento y un impacto negativo hacia la implicación de los sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Arcos Díaz-Fuentes M, Barbero López M, Díaz Pizarro JM, García García J, Jiménez Jiménez MC. Protocolo de Actuación en Úlceras por Presión [Internet]. Excelm Enferm 2006 3 [acceso 2/7/2007]. Disponible en <http://www.ee.isics.es>
- Dueñas Fuentes. JR: Cuidados de Enfermería en las Úlceras por Presión. Google.010.
- Ayello A E, Braden B. ¿Porqué la valoración del riesgo de úlceras por presión es tan importante? Nursing 2002
- Du Gas, W: Revista Rol de Enfermería. 4ta edición. Mayo del 1997.
- Álvarez Acosta. R. Manejo integral del paciente con úlceras por presión. Centro Nacional de Rehabilitación Julio Díaz. 2004.

TEMA 123. EL PAPEL DEL TCAE EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y DEL PACIENTE TERMINAL.

**MONTSERRAT GONZÁLEZ FERNÁNDEZ
EDUARDO CÁNDIDO LEGIDO SANTOS
SILVIA RODRÍGUEZ LINARES**

ÍNDICE

- **INTRODUCCION 1**
- **OBJETIVOS 2**
- **METODOLOGÍA 3**
- **RESULTADOS 4**
- **CONCLUSIÓN 5**
- **BIBLIOGRAFÍA 6**

INTRODUCCIÓN 1

La muerte conlleva una lucha contra el dolor, el sufrimiento y otros síntomas desagradables que el Auxiliar de Enfermería debe abordar con profesionalidad y una actitud de total empatía para que el paciente y su familia afronten el final de la vida con el menor padecimiento posible. Según el informe técnico que publicó la OMS en 2004 los cuidados paliativos se definen como: "Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor otros problemas, físicos, psíquicos y espirituales.

OBJETIVOS 2

Identificar como se debe de proporcionar confort desde los cuidados de enfermería asegurando una correcta atención de las necesidades del paciente y su familia en todas las áreas de actuación de los cuidados paliativos.

El cuidado debe realizarse por un equipo interdisciplinar del que formamos parte los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería desde el inicio del proceso hasta el duelo y se debe sustentar en la comunicación y coordinación tanto en sus componentes como con el paciente y su familia, para ello debemos actualizar nuestras competencias profesionales incluyendo la capacitación técnica, emocional y humana y así poder prestar una atención profesional y de calidad.

METODOLOGÍA 3

Para el estudio hemos realizado una revisión sistemática tanto en bases de datos como Medline, Scielo y Pubmed como en libros y publicaciones, analizando y recogiendo información relativa a las funciones del TCAE en los cuidados paliativos, para saber que podemos hacer y en qué podemos mejorar profesionalmente .

RESULTADOS 4

El auxiliar de enfermería tiene como cometido cuidar la higiene e imagen del paciente terminal, manteniendo la piel limpia e hidratada, estimulándole a tener buena imagen y conservar su cama limpia. Debemos atender su alimentación adaptándola a sus gustos y preferencias manteniendo el aporte de líquidos sin forzar la ingestión (fraccionar las comidas, dietas blandas...). También es importante favorecer la intimidad en las eliminaciones colaborando en la eliminación de fecalomas y empleando dispositivos apropiados en caso de incontinencia para mantener la piel seca. Es imprescindible la movilización en la medida de las posibilidades y deseos de la persona.

CONCLUSIÓN 5

El Auxiliar de Enfermería debe ayudar a las personas en situación de enfermedad terminal a sentirse mejor, estando disponible para el paciente y su familia cuando nos necesiten, procurando que vivan el tiempo de vida que les queda con el menor sufrimiento y consiguiendo el máximo alivio posible de los síntomas y así lograr una mejor calidad de vida. Es muy importante el apoyo emocional, que el paciente se sienta entendido y ayudado para poder afrontar, desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades.

BIBLIOGRAFÍA 6

- **Libros:** Millán Calenti. Gerontología y Geriatria. Editorial Médica Panamericana. 2010.
- **Artículo de revistas:** MA.Benítez Del Rosario, A. Asensio Fraile. Revista de atención primaria vol 29 N° 1
<https://www.elsevier.es>
- **Página WEB :**
- <http://www.cuidarypaliar.es>
- <http://amf-semfyc.com>
- **Bases de datos:** Medline, Scielo y Pubmed

TEMA 124. DOLOR CRÓNICO Y AISLAMIENTO SOCIAL.

JOSÉ ANTONIO MINGORANCE RUBIÑO

ÍNDICE

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

1. INTRODUCCIÓN:

El aislamiento social es la separación de individuos o grupos resultando en falta de o disminución de contacto social y/o comunicación. Esta separación puede ocurrir por separación física, barreras sociales y por mecanismos psicológicos. En este último caso, puede haber interacción pero no una comunicación verdadera (1).

Los pacientes con dolor crónico son muy conscientes de cuánto esfuerzo implica mantener una red social de relaciones. Familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc, todas las personas con las interactuamos diariamente. En la sociedad occidental contemporánea, la autoconfianza y la identidad se ensamblan a partir de estas interacciones. Una vez que los pacientes con dolor crónico se ven obligados a retirarse de esta interacción social, una gran parte de sus vidas afectivas se deterioran rápidamente. El colapso del mundo social puede precipitar sentimientos de pánico, vacío, ira, dolor, tristeza y una variedad de otras emociones relacionadas con la depresión.

Si bien el aislamiento social es la frecuencia de contacto entre los individuos y la sociedad, la soledad es una percepción de sentirse aislado, independientemente de la amplitud real de las redes sociales (2, 3).

2. OBJETIVOS:

- Describir mediante una búsqueda bibliográfica los cambios sociales que se dan en personas con dolor crónico.
- Determinar la verdadera relación entre aislamiento social y dolor crónico.

3. METODOLOGÍA:

Búsqueda en las bases de datos Pubmed, Web of Science, Scopus y Cochrane Library Plus durante el mes de Mayo de 2019. Como descriptores se utilizó “Dolor crónico” y “aislamiento social” y “soledad”, junto con el boleano AND. Tras aplicar criterios de calidad, se obtuvieron un total de 40 artículos, de los cuales quedaron 30 tras desechar los repetidos. Para evaluar la calidad metodológica y científica de los artículos se utilizó la escala Centre for Evidence-Based Medicine Oxford.

El aislamiento social se midió utilizando el índice de aislamiento social ELSA validado (4).

Este índice se deriva de cinco preguntas relacionadas con: estado civil / de convivencia; contacto mensual (incluyendo contacto personal, por teléfono o escrito / por correo electrónico) con niños, otros familiares y amigos y participación en organizaciones tales como clubes sociales o grupos de residentes, grupos religiosos o comités. Las puntuaciones varían de 0 a 5, donde las puntuaciones más altas indican un mayor aislamiento social.

La soledad se midió utilizando la forma corta de tres ítems validada de la Escala de soledad revisada de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) (5).

Los participantes indican con qué frecuencia se "sienten excluidos", "aislados de los demás" y "se sienten solos", con opciones de respuesta de 'casi nunca' o 'nunca', 'parte del tiempo' y 'a menudo'. Los puntajes varían de 3 a 9, donde los puntajes más altos indican mayor soledad.

El dolor crónico se evalúa a través de los participantes que indicaron si a menudo tenían dolores óseos, articulares o musculares mediante el Cuestionario de dolor de McGill versión corta (6). Esta forma abreviada consiste en 15 descriptores (11 sensoriales y 4 afectivos), incluyendo el Índice de dolor actual y una escala visual analógica de dolor (6).

4. RESULTADOS:

La evidencia sugiere que las interacciones sociales juegan un papel importante en la percepción del dolor.

Los datos encontrados indican que existe una clara asociación entre dolor crónico y soledad y aislamiento social. Esto puede tener una consecuencia perjudicial para la salud, como la ansiedad, la depresión, la atrofia y la falta de acondicionamiento físico en general (7, 8).

Las intervenciones dirigidas a tratar la soledad entre las personas con dolor crónico pueden ser más efectivas si los mensajes se adaptan a grupos de edad específicos.

Asimismo, los datos encontrados muestran también una relación entre la soledad y las emociones negativas (9).

5. DISCUSIÓN:

Las personas con dolor crónico tienen una mayor probabilidad de experimentar soledad y aislamiento social. Asimismo, factores como la edad, la ocupación, el nivel de actividad física y la depresión se asocian constantemente con la probabilidad de que las personas experimenten aislamiento social o soledad (5).

Los médicos de atención primaria deben considerar la posibilidad de que la depresión derivada del aislamiento social involuntario no sea un trastorno psiquiátrico, sino una reacción humana normal ante las terribles consecuencias del dolor crónico. Aquí, seguramente, hay una garantía inequívoca para una intervención temprana, robusta y compasiva, dirigida a aliviar los síntomas y restaurar el compromiso, antes de que se haya producido un daño irreparable (10).

Vistos los datos de la clara relación entre dolor crónico, aislamiento social y depresión, se debería ofrecer a estos pacientes intervenciones psicológicas como parte de la atención multidisciplinaria.

6. CONCLUSIONES:

Las personas que experimentan dolor musculoesquelético crónico tienen un mayor riesgo de sentirse solas y de estar aisladas socialmente. Los profesionales de la salud deben considerar las implicaciones del dolor crónico para reducir el riesgo de que las consecuencias negativas para la salud asociadas con la soledad afecten la salud y el bienestar.

Estos datos respaldan la importancia del aislamiento social como factor en la evaluación y el manejo relacionados con el dolor y demuestran que una evaluación integral del contexto social de los individuos puede proporcionar una mejor comprensión de cada proceso individual.

Asimismo, se deberían fomentar intervenciones terapéuticas dirigidas a aumentar la conexión social, como medio para reducir el impacto del dolor en el compromiso con las actividades sociales.

7. BIBLIOGRAFÍA:

1. Smith, T. O., Dainty, J. R., Williamson, E., & Martin, K. R. (2019). Association between musculoskeletal pain with social isolation and loneliness: analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *British Journal of Pain*, 13(2), 82-90. <https://doi.org/10.1177/2049463718802868>
2. Holwerda TJ, Beekman AT, Deeg DJ, et al. Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychol Med* 2012; 42: 843-853.
3. Stickley A and Koyanagi A. Physical multimorbidity and loneliness: a population-based study. *PLoS One* 2018; 13: e0191651.
4. Steptoe A, Breeze A, Banks J, et al. Cohort profile: the English Longitudinal Study of Ageing. *Int J Epidemiol* 2013; 42: 1640-1648.
5. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, et al. A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. *Res Aging* 2004; 26: 655-672.
6. Marques AP, Rhoden L, de Oliveira J, Amado SM. Pain evaluation of patients with fibromyalgia, osteoarthritis, and low back pain. *Rev Hosp Clín Fac Med S Paulo*. 2001; 56(1):5-10.
7. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, et al. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Soc Sci Med* 2012; 74: 907-914.
8. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, et al. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci* 2013; 110: 5797- 5801.
9. Dures E, Fraser I, Almeida C, et al. Patients' perspectives on the psychological impact of inflammatory arthritis and meeting the associated support needs: open-ended responses in a Multi-Centre Survey. *Musculoskelet Care* 2017; 15: 175–185.
10. Poscia A, Stojanovic J, La Milia DI, et al. Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: an update systematic review. *Exp Gerontol* 2017; 102: 133–144.

TEMA 125.CARNET DOSIMÉTRICO DEL PACIENTE.

**ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO
ESTEFANÍA BLANCO GARCÍA
ELIZABET GARCÍA GRANDA
PATRICIA MARTÍNEZ GARCÍA**

ÍNDICE:

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

INTRODUCCION:

Las radiaciones ionizantes para uso médico son la segunda fuente de radiación más importante para el hombre, tras la radiación natural.

El constante aumento del uso de radiaciones ionizantes en el diagnóstico por imágenes, nos obliga a mantener una adecuada gestión de las dosis impartidas a los pacientes en cada estudio radiológico realizado, siempre debemos de ser conscientes de que la radiación ionizante puede provocar efectos biológicos en el ser humano, que dependen, tanto del tipo de radiación (calidad), como de la dosis recibida (cantidad).

Es por eso que se establecen unos límites en la exposición a radiaciones ionizantes, estos límites están definidos por diferentes magnitudes, destacando:

- Dosis absorbida en un tejido u órgano, es la cantidad de energía absorbida por unidad de masa.
- Dosis equivalente en un tejido u órgano, para un mismo valor de dosis absorbida, los daños biológicos son diferentes en función de la radiación incidente, si es más o menos dañina a nivel celular. En el caso de los rayos x la dosis absorbida y equivalente coinciden.
- Dosis efectiva, la probabilidad de daños celulares no sólo depende de la dosis equivalente recibida en dicho órgano o tejido sino también de la radio-sensibilidad del órgano irradiado.

La Directiva Europea 2013/59 de radiaciones ionizantes por exposición médica, la cual, fija las normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la irradiación, deberá trasponerse en España en un futuro próximo, una de las principales novedades de esta directiva será la creación de un carnet dosimétrico del paciente donde figurará la dosis recibida por este a lo largo de su vida.

OBJETIVOS:

Conocer el historial dosimétrico de cada paciente en todo momento.

Mantener la dosis efectiva recibida por el paciente dentro de los límites anuales establecidos para el público, 1 milisievert por año oficial.

Sensibilizar a todos los profesionales sanitarios de la importancia de la protección radiológica.

METODOLOGÍA:

Se realiza una búsqueda bibliográfica empleando como descriptores: carnet dosimétrico, dosimetría radiológica, protección radiológica en diferentes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Scielo; revistas científicas, artículos académicos. Se emplean como criterios de inclusión: aquellos textos gratuitos tanto en castellano como en inglés; como criterios de exclusión: aquellos textos publicados previamente a 2004. Se analizan los artículos ordenados por relevancia.

RESULTADOS:

- .Obtención de un mejor uso de la radiación para fines médicos, empleando las menores dosis posibles, sin detrimento del diagnóstico, gracias en gran medida, al conocimiento en todo momento, de la radiación recibida por el paciente, ayudando a la toma de decisiones en la realización o no de más procedimientos radiológicos.
- .Limitar la probabilidad de los efectos estocásticos (Carcinogénesis, tumores radio-inducidos).
- .Prevenir la aparición de los efectos deterministas (Radiodermatitis, cataratas, leucopenia).

CONCLUSIONES:

VENTAJAS:

Al médico prescriptor le permite disponer de más y mejor información a la hora de tomar decisiones respecto a la conveniencia o no de realizar pruebas complementarias para diagnóstico o tratamiento.

Al radiólogo le facilita el cumplimiento de los principios básicos de la protección radiológica como son la justificación, optimización y limitación de dosis.

Al paciente el hecho de conocer su dosis personal le asegura el derecho a la información asistencial y a la realización del consentimiento en el supuesto de alta dosis.

INCONVENIENTES:

El mayor inconveniente por el que no se va a poder implantar, con fiabilidad, este historial dosimétrico en este momento, es la necesidad de renovar la mayoría de los equipos médicos para que registren e informen, con veracidad y exactitud, de la radiación que absorbe el paciente, ya que las características técnicas de los actuales, ya desfasados, no permiten en su mayoría recoger datos como la dosis realmente recibida por el paciente, sólo la dosis emitida por el dispositivo médico.

BIBLIOGRAFÍA:

.Artículos de revistas: D. Andisco, S. Blanco, A.E Buzzi.

Dosimetría en radiología. Revista Argentina de radiología: Elsevier; 2014; 78(2) 65-124

.Artículos académicos: ICRP 103. Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. Elsevier; 2007.

Madan M. Rehani, Donald P. Frush. Radiation Protection Dosimetry. Volume 147, Issue 1-2, September 2011, Pages 314-316.

Claire Cousins. Radiation Protection Dosimetry. Volume 173, Issue 1-3, April 2017, Pages 177-179.

Páginas web: Diario médico.com. G.Ibañez L.El carnet dosimétrico, pendiente de la renovación de equipos.

TEMA 126. EL SÍNDROME DE BURNOUT

**ROSA ELENA ALVES RUBIO
MARIA JOSE PEREZ BORREGO
PATRICIA VEGA TORRES
ADRIANA CAMPILLO CASO**

ÍNDICE

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

INTRODUCCION

El concepto de Síndrome de Burnout es también conocido como Síndrome del quemado, o Síndrome de quemarse por el trabajo.

En el año 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberger trabajaba como voluntario junto con otros jóvenes en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos. Tras el paso de unos años, observó que la mayoría de estos jóvenes voluntarios experimentaba una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de interés absoluta por el trabajo, hasta llegar incluso a padecer agotamiento. Todo ello acompañado por varios síntomas de ansiedad e incluso de depresión.

Según Leiter (1991a), “el tipo de trabajo que estas personas hacían se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener un salario muy escaso y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido”.

Freudenberger describió cómo se sentían estas personas, señalando que se vuelven menos sensibles ante los problemas de los pacientes, les culpabilizan de los propios problemas que padecen, se vuelven poco comprensivas e incluso desarrollan cierto grado de agresividad hacia los pacientes.

Para describir este patrón de conducta, eligió la palabra Burnout, es decir, “estar quemado”, “agotado”, “consumido”. Era la palabra utilizada en aquellos años para definir a aquellos deportistas o artista que, a pesar del esfuerzo realizado, no lograban los resultados esperados.

Es en 1976, cuando la Doctora Maslach, principal investigadora del concepto Burnout, comenzó a reflexionar sobre este fenómeno, y utilizó dicho término para describir un nuevo síndrome clínico caracterizado por el agotamiento observado en los profesionales dedicados al campo de la salud. “De esta forma, Maslach dio cuenta en sus estudios de la relevancia en considerar los aspectos emocionales que operaban en el burnout, aduciendo que la tensión laboral es una variable interviniente significativa en el proceso de estrés y agotamiento psíquico, y que adecuadas estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes para los individuos en cuanto a su identidad profesional y conductas laborales” (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Desde su aparición, el burnout se ha definido de muchas maneras. Sin embargo, la definición más popular es la que plantearon Maslach y Jackson (1981), quienes lo definen como: “un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas”.

En palabras de Leiter y Maslach (1988), “el burnout parece ser una respuesta a los estresores interpersonales en el ambiente laboral, donde el exceso de contacto con los individuos receptores de servicios produce cambios negativos en las actitudes y en las conductas hacia estas personas”.

Sin embargo, tras una serie de investigaciones sobre la relación del burnout y la depresión, se llegó a la conclusión de que el burnout se desarrolla más en contextos laborales y situaciones específicas de éstos, pero no necesariamente influye en otras áreas de la persona, mientras que la depresión sí afecta a las actividades y a las diferentes áreas (laboral, personal, etc.) de una persona.

Tal vez el estrés laboral sea el concepto que más confusión genera cuando tratamos de delimitar el burnout. En este sentido, Evans y Fischer (1993) “consideran que el burnout es una respuesta al estrés laboral, que se manifiesta en individuos cuyo trabajo se caracteriza por generar relaciones de ayuda a otras personas, situación que daría sentido y comprensión a la aparición de la despersonalización como uno de los elementos definitorios del burnout, y no así del estrés laboral”.

CAUSAS

Los principales factores que provocan el “Síndrome de burnout” son el entorno laboral y las condiciones de trabajo. Cuando el estrés en el trabajo sobrepasa las capacidades del trabajador a la hora de afrontarlas, puede dar lugar a un periodo de agotamiento extremo que impida llevar a cabo las tareas propias del puesto de trabajo de una manera correcta. A esto le acompaña un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización y un sentimiento de bajo rendimiento profesional.

La confrontación entre los ideales de una persona y la realidad laboral pueden conducir al desarrollo del burnout. Maslach y Leiter (2008) “relacionan el burnout especialmente con las características del trabajo, incluyendo un alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social.

Los trabajadores están expuestos, en muchas ocasiones, a altos niveles de estrés, cargas excesivas de trabajo, poca autonomía, malas relaciones con compañeros/as, falta de formación para el desempeño de las tareas, exceso de burocratización, falta de tiempo para organizar las tareas (con la consecuente necesidad de llevarse el trabajo a casa), expectativas laborales muy altas que luego no se cumplen, sustituciones por bajas temporales que pueden aumentar los niveles de estrés, etc. También depende en gran parte de las cualidades personales cada individuo, ya que, aunque no existe un perfil concreto que pueda padecer este síntoma, las personas conformistas, inseguras, dependientes, con poco o ningún control sobre su trabajo, que desarrollen trabajos monótonos y sin sobresaltos tienen más posibilidades padecer estados de ansiedad o depresión si tienen que hacer frente a situaciones que les supongan estrés.

En este sentido, Brodsky (1980) establece cuatro factores por los cuales pasa un individuo propenso a este síndrome:

- Entusiasmo, caracterizado por varias aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción del peligro.
- Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a padecer frustración.
- Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo del síndrome.
- Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

En definitiva, los profesionales que tienen en su trabajo demasiado contacto con personas, demasiadas reglas, falta de autoridad y autonomía, grupos de trabajo demasiado grandes, son los que más posibilidades tienen de desarrollar el Síndrome de Burnout, ya que con el paso del tiempo van desarrollando una serie de síntomas físicos, emocionales.

SÍNTOMAS

La principal característica del Síndrome de Burnout es que la persona que lo experimenta desarrolla una idea de fracaso profesional, principalmente en relación a las personas hacia las que desarrolla su trabajo, junto con una sensación de encontrarse emocionalmente agotada y con actitudes negativas hacia el entorno, tanto hacia pacientes/clientes como hacia los compañeros/as de trabajo.

Inevitablemente, este síntoma afecta a otras áreas de la vida de la persona, como son el entorno familiar, social y la propia autoestima.

Autores como Maslach, Jackson y Leiter (1996), Schuler (1986), Shirom (1989) y Parkes (2001), entre otros, han señalado los siguientes síntomas desarrollados en el contexto organizacional:

- Síntomas emocionales: depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.
- Síntomas cognitivos: pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.
- Síntomas conductuales: evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, autosabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas..

- Síntomas sociales: aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, mal humor con la familia y amistades, formación de grupos críticos, evitación profesional.
- Síntomas Psicosomáticos: cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.)

Habitualmente, los estados de ánimo bajos se recuperan mediante la realización de descansos y desconexión. Sin embargo, en el Burnout, los mecanismos habituales no son suficientes, provocando incluso el deseo de no querer volver al trabajo ya que el desencadenante del problema sigue ahí y la persona que lo padece no es capaz de gestionarlo.

PREVENCION

El primer paso para prevenirlo es saber a ciencia cierta que lo que experimenta el trabajador es el Síndrome de Burnout y no simplemente estrés, y en el caso de confirmarse, será necesario identificar qué lo está desencadenando y cómo está afectando al trabajador. Es muy importante aceptar la situación para poder ponerle remedio.

Es esencial tomar conciencia de que uno no debe exigirse más de lo que es capaz de dar. Además, como prevención, es conveniente mantener un estilo de vida saludable, realizando ejercicio físico que nos sirva de desconexión, practicar técnicas de relajación, tener paciencia y no alterarse fácilmente, etc.

Por otro lado, es muy importante analizar la situación. Si una persona no está satisfecha en su trabajo y eso le está conduciendo a una situación de “estar quemado”, debería de preguntarse cuál es el problema y cómo podría afrontarlo.

Es muy importante también sentir apoyo familiar y social, poder exteriorizar lo que está pasando y permitir que nos ayuden a afrontar la situación e incluso que nos aporten diferentes puntos de vista que quizá nos ayuden a ver las cosas desde otra perspectiva.

El apoyo y la colaboración puede ayudar a lidiar con el estrés laboral y la sensación de agotamiento.

Con respecto a la propia organización en la que se desarrolla el trabajo, es esencial una comunicación abierta, dentro de la honestidad y la educación, ya que expresar nuestros deseos y necesidades evitará muchas de las causas citadas anteriormente, como la despersonalización, el absentismo laboral, las conductas inadaptadas, etc. El trabajador puede adoptar una actitud asertiva para comunicarse con sus compañeros sin discusiones, pero sin someterse a su voluntad y defendiendo sus convicciones.

Es muy importante también sentir apoyo familiar y social, poder exteriorizar lo que está pasando y permitir que nos ayuden a afrontar la situación e incluso que nos aporten diferentes puntos de vista que quizá nos ayuden a ver las cosas desde otra perspectiva.

El apoyo y la colaboración puede ayudar a lidiar con el estrés laboral y la sensación de agotamiento.

Con respecto a la propia organización en la que se desarrolla el trabajo, es esencial una comunicación abierta, dentro de la honestidad y la educación, ya que expresar nuestros deseos y necesidades evitará muchas de las causas citadas anteriormente, como la despersonalización, el absentismo laboral, las conductas inadaptadas, etc. El trabajador puede adoptar una actitud asertiva para comunicarse con sus compañeros sin discusiones, pero sin someterse a su voluntad y defendiendo sus convicciones.

Por último, es recomendable que el trabajador modifique o adapte las expectativas que tiene del trabajo a la realidad, ya que no se trata de que éste renuncie a sus aspiraciones y ambiciones, sino que debe buscar un punto intermedio que se ajuste a la realidad que está viviendo. Con ello logrará un aprendizaje y un crecimiento tanto personal como en diferentes ámbitos a los que se había propuesto en un principio.

Si estas pautas no resultan eficaces, se puede pedir ayuda a un profesional, un grupo de apoyo o realizar programas Mindfulness que permiten aprender y aplicar de forma práctica técnicas de relajación.

La Despersonalización o deshumanización supone el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y respuestas cínicas hacia los receptores del servicio prestado.

La Baja Realización personal es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

CONSECUENCIAS

Las consecuencias del Síndrome de Burnout tienen una enorme relevancia tanto para la persona que lo padece, para su entorno más próximo y para la organización a la que pertenece. Los efectos más notables son los siguientes:

- Consecuencias físicas: existe un riesgo elevado de que la persona que lo padece desarrolle molestias y trastornos psicosomáticos. Los síntomas mas intensos se han desarrollado en relación con el cansancio emocional y la falta de salud. Entre las consecuencias físicas citadas por diversos autores como Freudenberg (1980 y 1986); Pines, Aronson y Kafry (1981); Maslach y Jackson (1981); García Izquierdo (1991); Burke (1993); y Ross (1993), destacan las cefaleas, jaquecas, dolores musculares, molestias gastrointestinales, úlceras, disminución de peso, insomnio, hipertensión arterial, pinchazos, sensaciones de ahogo, palpitaciones y alteraciones menstruales.

- Consecuencias psicológicas: la salud mental del individuo que padece Burnout es el ámbito más afectado. Se ha encontrado que los sujetos que lo padecen presentan actitudes negativas hacia sí mismos y hacia los demás, sentimientos de culpabilidad, baja tolerancia a la frustración, irritabilidad, reacciones de ira, baja motivación generalizada y ansiedad.

- Consecuencias organizacionales: la aparición del síndrome en una organización supone un claro deterioro en la calidad del servicio y en el funcionamiento general de la organización.

Se ha encontrado que el profesional quemado infringe las normas establecidas por la organización, se retrasa con frecuencia, alarga las pausas en los descansos y se ausenta del puesto excesivamente.

OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer las peculiaridades que el Síndrome de Burnout provoca en las personas que lo padecen.

Como objetivos específicos podemos señalar los siguientes:

- Describir las causas que lo provocan.
- Analizar los tipos que existen y las posibles consecuencias tanto para la persona que lo parece como para las organizaciones
- Examinar las posibles pautas para prevenirlo.
- Describir los síntomas que presenta una persona que lo padece.

METODO

Se trata de un trabajo de revisión y reflexión teórica basado en la revisión de artículos, libros y bases de datos.

Las bases de datos utilizadas han sido: Scielo, Dialnet, World Wide Science, Medline, Google Scholar, PsycInfo, PsycArticles, Refseek y JURN.

Respecto a los descriptores utilizados en las diferentes bases de datos, podemos destacar los siguientes: Burnout, estar quemado, agotamiento laboral, estrés laboral, desgaste profesional, depresión, compromiso laboral.

Tras una amplia lectura de artículos, libros y documentos relacionados con el tema a tratar, hemos elegido aquellos que nos parecían más adecuados con el tema a tratar, al igual que con las citas de los diversos autores.

RESULTADO

Al tratarse de un trabajo de revisión y reflexión teórica carecemos de datos cuantitativos. Sin embargo, podemos afirmar que el número de personas que padecen el Síndrome de Burnout ha aumentado considerablemente en la última década.

Cada vez son más las personas “quemadas, agotadas” como consecuencia de su desempeño laboral. Lo que al principio se atribuía a trabajadores relacionados principalmente con áreas de la salud, hoy en día se ha generalizado a todas aquellas áreas relacionadas con el trato al paciente y/o cliente, ya sea educación, sanidad, hostelería, etc.

CONCLUSIONES

En la actualidad, Maslach define el Burnout como una respuesta prolongada al estrés en el trabajo, un síndrome psicológico que nace de la tensión crónica producto de la interacción conflictiva entre el trabajador y su empleo.

El síndrome de Burnout es una fatiga laboral que repercute en el ámbito familiar, personal y laboral como consecuencia del desgaste emocional del individuo que lo padece.

Para medir los síntomas presentados como resultado de la actividad laboral, se ha utilizado el modelo denominado MBI (Maslach Inventory Burnout).

Estar “quemado” laboralmente repercute en la calidad de vida de las personas, presentando síntomas emocionales, laborales, de conducta y psicosomáticos. Dichos síntomas están estrechamente relacionados con el exceso de trabajo,

demasiado esfuerzo, lo que provoca ansiedad, fatiga e incluso depresión, desmoralización y pérdida de la ilusión, así como la pérdida de vocación y la decepción.

En la actualidad, es completamente necesario trabajar en que se disminuya la cantidad de personas que padecen este síntoma. Lograr organizaciones libres de burnout es muy complicado, pero no imposible. Algunas personas creen que el burnout es en realidad otra forma de llamar a la depresión. En su libro, Franklin James Schaffner cita un artículo de un diario alemán que afirma que el burnout es una “versión de lujo” de la depresión, usada en profesionales con trayectorias prestigiosas.

BIBLIOGRAFÍA

- **Página WEB:** 1. Síndrome de BURNOUT: Qué es, Causas, Síntomas, Tratamiento y Consecuencias [Internet]. psicologia-online.com. 2019 [cited 21 June 2019]. Available from: <https://www.psicologia-online.com/sindrome-de-burnout-que-es-causas-sintomas-tratamiento-y-consecuencias-4538.html>.
- 2. Burnout (Síndrome del Quemado): cómo detectarlo y tomar medidas [Internet]. Psicologiaymente.com. 2019 [cited 21 June 2019]. Available from: <https://psicologiaymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado>

3. Ocronos R, Editorial C, ARTÍCULO E, publicar C, Prensa E. ▷ Una revisión bibliográfica: El síndrome de “Burnout” - Ocronos - Revista Médica y de Enfermería [Internet]. Ocronos - Revista Médica y de Enfermería. 2019 [cited 21 June 2019]. Available from: <https://revistamedica.com/sindrome-de-burnout/>

TEMA 127. ENFERMEDAD DE LYME.

IDOIA LAPARTE CAMPO

NAHIA ARRAIZA GULINA

ISABEL CELAYA CALVO

AMAIA CORUJO ELIZALDE

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **METODOLOGÍA**
- **EXPOSICIÓN DEL TEMA: ENFERMEDAD DE LYME**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

Las garrapatas son artrópodos hematófagos presentes en todo el mundo, que parasitan en diferentes especies de aves, anfibios, reptiles y mamíferos, y también, en ocasiones, en el hombre (1).

No todas las picaduras de garrapatas muestran la misma patogenicidad hacia el hombre. Generalmente, la picadura causa una lesión local leve autolimitada que no requiere asistencia sanitaria. Sólo en un pequeño porcentaje pueden aparecer complicaciones más graves como, por ejemplo: reacciones alérgicas, enfermedades infecciosas o neurotoxicidad.

En España, una de las enfermedades infecciosas más frecuentes transmitidas por garrapatas es la Enfermedad de Lyme (EL). Se trata de una zoonosis cosmopolita causada por *Borrelia burgdorferi sensu lato* transmitida por garrapatas duras del género *Ixodes*. El número de casos está aumentando en determinadas zonas del norte de España y constituyen un motivo de consulta frecuente, sobre todo en la época estival (2).

A continuación, se realiza una revisión bibliográfica sobre la EL.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la literatura disponible relacionada con la Enfermedad de Lyme.

Para la revisión bibliográfica se han consultado las bases de datos Medline, Cuiden, Scielo, Dialnet y Google Académico. Los descriptores seleccionados para la búsqueda de información han sido los siguientes: “garrapatas”, “Borreliia” y “Enfermedad de lyme”.

Se han seleccionado los artículos citados en el apartado de bibliografía por cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Antigüedad de los artículos: se han seleccionado artículos publicados en los últimos 5 años.

- Idioma de publicación: castellano y/o inglés.
- Artículos relacionados con la temática expuesta.
- Tipo de trabajos: artículos de investigación, revisiones bibliográficas, protocolos y tesis.

EXPOSICIÓN DEL TEMA: ENFERMEDAD DE LYME

El complejo de *Borrelis burgdorferi sensu lato* está formado por bacterias Gram negativas helicoidal, microaerofílica, que mide $0.33 \times 10-20 \mu\text{m}$ de diámetro, de las cuales hasta el momento se han descrito 19 genoespecies. De todas ellas, en España, la gran mayoría de casos clínicos se han vinculado a la genoespecie *B. garinii*. (3)

Para transmitir la infección a los seres humanos se necesita un reservorio animal, donde *Borrelia* permanezca viable durante largos periodos de tiempo. Las garrapatas *I. scapularis* realizan su ciclo de vida en un periodo de dos años y durante este tiempo pasan por cuatro estadios de desarrollo: huevo, larva, ninfa y adulto. (4)

En teoría, todas las garrapatas nacen sin infectar por *B. burgdorferi*, ya que rara vez las madres garrapatas transmiten la espiroqueta a sus hijos. Por lo tanto, las larvas son incapaces de transmitir la infección. Una vez que las larvas se alimentan de un huésped infectado, estas pueden adquirir la infección a lo largo de toda la vida y transmitirla a hospederos futuros.

El estadio de ninfa es el más peligroso para los humanos por dos razones: en primer lugar, las ninfas son diminutas y difíciles de detectar, y, en segundo lugar, son más activas durante los meses de verano, coincidiendo con el pico de actividades al aire libre. Por el contrario, las garrapatas adultas, aunque tienen mayor riesgo de estar infectadas, son más grandes y, por lo tanto, más fácilmente detectables. (4)

Epidemiología:

La incidencia anual en España de borreliosis de Lyme fue de 0,25 por 100.000 habitantes, siendo más alta en varones (0,28 por 100.000 habitantes) (5). La mayoría de los casos de EL se diagnostican en la mitad norte de la Península con zonas endémicas como La Rioja, Navarra, Norte de Castilla y León, Asturias, Cantabria y País Vasco (4).

Debido al ciclo vital de la garrapata, la enfermedad suele iniciarse durante los meses de junio, julio y agosto, donde las temperaturas son más altas. Las ninfas pueden estar activas durante todo el año en zonas húmedas y templadas como la Cornisa Cantábrica. La transmisión suele producirse tras 48-72 horas del anclaje de la garrapata. (2).

Manifestaciones clínicas:

La EL afecta a múltiples órganos y sistemas, por lo que su espectro clínico es muy variado. Estas manifestaciones van a depender del estadio de la enfermedad en la que se encuentren. (1)

Estadio 1: fase precoz localizada

Esta fase comienza en el momento que ocurre la mordedura de garrapata y dura hasta la inoculación de *Borrelia*. La principal manifestación en este estadio es el eritema migratorio, que se considera patognomónico. En general aparece entre el 1-15 días de la picadura de la garrapata y se caracteriza por una placa eritemato-violácea, indolora, que se va expandiendo por los bordes y aclarando por el centro adoptando un aspecto típico anular.

Además, durante los primeros días los pacientes pueden manifestar síntomas inespecíficos: astenia, anorexia, cefalea, rigidez nuchal, mialgias, etc.

Estadio 2: Fase precoz diseminada

Tras semanas o meses de la picadura, las espiroquetas se diseminan con afectación del sistema músculo esquelético, piel, sistema nervioso central (SNC) y corazón. Esta fase dura semanas o meses y tiende a autolimitarse con recidivas, aunque puede durar años.

Entre los síntomas neurológicos destacan el desarrollo de meningoradiculitis, siendo muy frecuente en niños la aparición de parálisis facial. La afectación de nervios periféricos o polirradiculitis muy dolorosas y cambiantes en el tiempo, también son propias de esta fase, así como meningitis linfocitaria.

Entre los síntomas cardiacos destaca la aparición de bloqueos aurículo-ventriculares, visibles en el electrocardiograma, pero asintomáticos.

Estadio 3: Fase crónica, infección tardía

Encontramos 3 tipos de manifestaciones:

Articulares: Generalmente se trata de una oligoartritis intermitente que persiste durante años, afectando preferentemente a las grandes articulaciones y, sobre todo, a las rodillas (monoartritis de rodilla).

Neurológicas: incluyen síntomas de encefalopatía, esclerosis múltiple o una demencia.

Cutáneas: no suelen ser frecuentes en nuestro medio.

Estadio
1

- Eritema migratorio

Estadio
2

- Meningorradiculitis, polirradiculitis y meningitis linfocitaria
- Bloqueo auriculo-ventricular

Estadio
3

- Oligoartritis
- Encefalopatía, esclerosis múltiple y demencia.

Diagnóstico:

EL diagnóstico de EL se fundamenta en un ambiente epidemiológico adecuado con el antecedente o la posibilidad de picadura de garrapata y en los hallazgos de signos y síntomas clínicos objetivos en un paciente. (4)

Sin duda, como en la mayoría de enfermedades infecciosas, el mejor método para confirmar una infección activa es el cultivo de *B. Burgdorferi* sensu lato. Sin embargo, su baja sensibilidad, la necesidad de usar medios enriquecidos y su lentitud lo convierten en un método poco útil. (3)

En la mayoría de los casos, el diagnóstico se realiza mediante técnicas serológicas, que las últimas recomendaciones indican realizarlo en dos fases. La primera fase consiste en la realización de serologías mediante técnicas de alta sensibilidad (ELISA, IFA). En caso de ser negativa se debe de repetir en 3-6 semanas. Si es positiva se pasa a la segunda fase que consiste en la realización de pruebas más específicas como western blot o inmunoblot. (1)

Tratamiento:

EL tratamiento de la EL va a depender de la fase en la que se encuentre la enfermedad. *Borrelia burgdorferi* s.l. es sensible a muchos antibióticos (penicilinas, cefalosporinas, tetraciclinas, macrólidos, etc.) y no se han descrito resistencias secundarias o durante el tratamiento, por lo que resulta un tratamiento muy eficaz.

En principio, siempre que sea posible, el tratamiento de elección en adultos es doxiciclina por vía oral. En caso de alergia o presencia de otras contraindicaciones se recomienda azitromicina, claritromicina o eritromicina oral. En niños menores de ocho años se recomienda utilizar amoxicilina. En mujeres embarazadas se debe de evitar la administración de doxiciclina. (3)

Antibiótico	Régimen adulto	Régimen niño
Doxiciclina	100mg vía oral cada 12h durante 10-14 días	4mg/kg/día (máximo 100mg 2 veces al día) dividido en 2 dosis durante 10-14 días
Amoxicilina	500mg vía oral cada 8h durante 14-21 días	50mg/kg/día dividido en 3 dosis durante 14-21 días
Cefuroxima	500mg vía oral cada 12h durante 14-21 días	30mg/kg/día dividido en 2 dosis durante 14-21 días
Eritromicina	250mg vía oral cada 6h durante 14-21 días	30mg/kg/día dividido en 3 dosis durante 14-21 días

Procedimiento de extracción de la garrapata:

Si la garrapata se encuentra anclada a la piel se debe de eliminar lo antes posible. Para ello se le extraerá cuidadosamente con pinzas de borde liso (sin dientes), introduciendo la pinza entre la cabeza y la piel. Posteriormente se debe aplicar una tracción constante y firme de forma perpendicular a la piel hasta que se extraiga. A continuación, se desinfectará la zona con povidona yodada o clorhexidina. (1)

CONCLUSIONES

La EL es una infección causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi* cuyo primer síntoma en el ser humano es el eritema migratorio. Se trata de una de las enfermedades infecciosas más prevalentes transmitidas por garrapatas, detectada principalmente por el norte de España.

El diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento en los primeros estadios son básicos para evitar la progresión de la misma. Esto resulta fácil cuando el profesional sanitario conoce las características típicas de la enfermedad y se refieren antecedentes de picadura de garrapata.

El mejor método de prevención primaria es evitar la exposición a vectores. Sin embargo, el tratamiento con antibioticoterapia (doxicilina y cefalosporinas) es muy eficaz y tiene por objetivo aliviar los síntomas y prevenir las secuelas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Arranz C. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención primaria. Junio 2016. Enfermedades transmitidas por garrapatas en pediatría.
2. M.E. Vázquez-López et al /Epidemiología de la enfermedad de Lyme en un área sanitaria del noroeste de España. Elsevier. 2015;29(3):213–216.
3. A. Portillo et al / Enfermedad de Lyme. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clin. Elsevier. 2014;32(Supl 1):37-42.
4. M.E. García Meléndez, et al.: Enfermedad de Lyme: actualizaciones. Gaceta Médica de México. 2014;150
5. Cartascienctíficas/MedClic(Barc). 2016;147(2):87-90

TEMA 128. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL: VIH/SIDA.

**ESTHER NÚÑEZ DE ARENAS ARANDA
MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ
MARTA ATIENZA CORREAS**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. VÍAS DE TRANSMISIÓN
3. FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH
4. ESTRATEGIA 90-90-90
5. PREVENCIÓN
6. DIAGNÓSTICO
7. TRATAMIENTO
8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) actúa atacando y destruyendo a las células CD4, un tipo de glóbulos blancos importantes en la defensa del cuerpo ante las infecciones. El VIH utiliza los linfocitos CD4 para reproducirse y propagarse por todo el organismo. ¹

El progreso en la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA en los últimos veinte años ha sido notable. Una enfermedad que inicialmente dio lugar a una rápida mortalidad se ha convertido en una enfermedad crónica. Tanto es así que un adolescente diagnosticado con VIH puede esperar vivir 60 años o más, y será más propenso a sucumbir a las enfermedades del envejecimiento, como la enfermedad cardíaca, que a la infección por el VIH. ²

2. VÍAS DE TRANSMISIÓN

El VIH se propaga por medio de contacto con ciertos fluidos corporales de una persona que tiene el VIH. Esos fluidos incluyen:

- Sangre
- Semen
- Líquido preseminal
- Secreciones vaginales
- Secreciones rectales
- Leche materna

La propagación del virus de una mujer seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna se llama transmisión maternoinfantil.³

3. FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH

FASE AGUDA

Se inicia en el momento del contagio. En cuestión de días, el VIH no solo infectará las células expuestas sino también los ganglios linfáticos.

El tejido linfoide asociado a los intestinos constituye uno de los principales espacios del cuerpo humano donde tiene lugar la reproducción inicial del VIH por su alto porcentaje de linfocitos T CD4.

El cuadro sintomático de la infección aguda es similar al de una mononucleosis infecciosa: fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito. Aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después. ⁴

3. FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH

Hasta la semana doce no será posible el diagnóstico del VIH debido a que los anticuerpos creados como respuesta al virus no se harán visibles hasta dicha semana. ⁴

FASE CRÓNICA

Se suele llamar también latencia clínica porque el portador es asintomático. Durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus. ⁴

3. FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH

En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en un plazo de 5 a 10 años.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El SIDA constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4 que pierde bajo el ataque del VIH y también ha visto reducida su capacidad citotóxica hacia el virus. Este fenómeno coincide con el aumento en las tasas de replicación del virus, que merma la capacidad de reacción del anfitrión ante otros agentes causantes de enfermedades. ⁴

3. FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH

La mayoría de los pacientes que han desarrollado SIDA no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. ⁴

4. ESTRATEGIA 90-90-90

En 2014, el Programa Conjunto de la Naciones Unidas en materia de sida (ONUSIDA) publicó la estrategia 90-90-90 con el fin de contribuir al fin de la epidemia de sida en el año 2020. Este objetivo consiste en alcanzar que el 90% de la población con infección por el VIH esté diagnosticada, de ellos el 90% en tratamiento antirretroviral y de estos últimos, el 90% con carga viral suprimida. Si se aplican dichos porcentajes al total de personas con infección (incluyendo aquellas que desconocen su situación frente al VIH) supone que el 73% de todas ellas debería alcanzar la supresión viral.⁵

El cumplimiento del objetivo 90-90-90 permitiría un descenso del 90% en los nuevos diagnósticos de infección por el VIH el año 2030 en comparación con el 2010.⁶

5. PREVENCIÓN

Vía sexual: se previene con el uso del preservativo de manera correcta y consistente, es decir, durante toda la relación sexual ya sea vaginal, anal u oral. Cualquier otro método anticonceptivo no previene el VIH.

Vía sanguínea: se previene evitando el contacto con sangre. Para eso, es necesario no intercambiar o compartir agujas ni jeringas. En el caso de que se consuman drogas de manera inyectable, usar una nueva jeringa cada vez. También se sugiere controlar que todo procedimiento que incluya algún corte o punción (pinchazo) sea realizado con material desechable o esterilizado, como es el caso del dentista, manicura, tatuajes o prácticas médicas. Por último, evitar el contacto con sangre o utilizar guantes de látex. ⁷

5. PREVENCIÓN

Vía perinatal o vertical: se previene controlando los embarazos. Se recomienda que toda mujer embarazada se realice el análisis de VIH durante el primer trimestre. Si el resultado es positivo, se debe comenzar el tratamiento, seguir las indicaciones médicas y suspender la lactancia materna. Así, las posibilidades de transmitir el virus al bebé son casi nulas. Es recomendable que la pareja también se realice el test, y en el caso que sea positivo usen preservativo para evitar la infección de la persona embarazada y su posterior transmisión al bebé.⁷

6. DIAGNÓSTICO

Existen tres grandes grupos de pruebas: las pruebas rápidas, las pruebas de detección y las pruebas de confirmación.

Pruebas rápidas

Toma de muestra de saliva o sangre que se introduce en un soporte sólido que contiene reactivos que proporcionan el resultado de la prueba en unos 20 minutos. Son capaces de detectar infecciones por VIH unos 3 meses después de haber entrado en contacto con el virus (periodo ventana).

Pruebas de detección

Se basan en el test denominado ELISA (de las siglas en inglés, Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzimas). Detectan múltiples anticuerpos e incluso proteínas del propio virus tales como el antígeno p24 que tiene una concentración elevada en sangre durante la fase primaria de la infección.⁸

6. DIAGNÓSTICO

En el entorno sanitario público español se suelen utilizar test ELISA con capacidad de detección entre 2 y 8 semanas después de la infección.

Prueba de confirmación

Denominada Western Blot, permitirá determinar si el diagnóstico es correcto, ya que detecta los anticuerpos de forma más precisa. El motivo de que se utilice únicamente como prueba de confirmación es su elevado coste.⁸

7. TRATAMIENTO

El tratamiento antirretroviral se basa en el uso de seis clases principales de medicamentos, determinadas por sus mecanismos de lucha contra el virus del VIH:

- Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTRs)
- Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (NNRTIs)
- Inhibidores de la proteasa
- Inhibidores de fusión
- Antagonistas de CCR 5
- Inhibidores de la integrasa.²

7. TRATAMIENTO

La terapia antirretroviral altamente activa altera la capacidad del virus VIH de infectar y reproducirse, interrumpiendo sus mecanismos de infección en más de un sitio, disminuyendo así la eficacia del virus.²

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Infosida.nih.gov [actualizado 10 Ago 2018; citado 5 Jun 2019]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/73/el-ciclo-de-vida-del-vih>
2. Benton TD, Lachman A, Seedat S. Abordaje de las necesidades de salud mental de los niños afectados y sus familias. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP [Internet]; 2018 [citado 8 Jun 2019]. Disponible en: <https://iacapap.org/wp-content/uploads/I.3-VIH-SIDA-Spanish-2018.pdf>
3. Infosida.nih.gov [actualizado 13 Nov 2018; citado 9 Jun 2019]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/45/vih-sida--conceptos-basicos>

8. BIBLIOGRAFÍA

4. Chavez Rodríguez E, Castillo Moreno RC. Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. Rev Multimed [revista en Internet]; 2013 [citado 9 Jun 2019]; 17(4): 189-213. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul134r.pdf>
5. Díaz A. Situación epidemiológica en España. Rev Multidisciplinar del Sida [revista en Internet]; 2018 [citado 11 Jun 2019]; 6(14): 14-15. Disponible en: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/situacion-epidemiologica-en-espana/>
6. Commalaga.com [actualizado 20 Nov 2017; citado 12 Jun 2019]. Disponible en: <https://commalaga.com/ii-curso-estrategia-909090-en-el-control-epidemico-de-la-infeccion-por-el-vih-una-labor-multiniveles-21-de-noviembre/>

8. BIBLIOGRAFÍA

7. Huesped.org [actualizado 17 Mar 2018; citado 13 Jun 2019]. Disponible en: <https://www.huesped.org.ar/informacion/vih/como-se-transmite-y-como-se-previene/>
8. Ggt-vih.org [actualizado Jun 2018; citado 15 Jun 2019]. Disponible en: http://ggt-vih.org/aprende/informacion_basica_sobre_el_vih/como_se Diagnostica

**TEMA 129. EPILEPSIA EN LOS PAÍSES
TROPICALES. REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA.**

NOELIA GARCÍA LAX

ÍNDICE

- RESUMEN
- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS
- REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA
- APORTACIONES RECIENTES AL TEMA
- ANÁLISIS, VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO ACUMULADO SOBRE EL TEMA Y CONCLUSIONES
- BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y supone un problema de salud pública que afecta a personas de todas las edades, sexos, razas, nacionalidades y clases sociales. Sin embargo, aproximadamente un 80% de los más de 60 millones de personas en todo el mundo que padecen epilepsia viven en países de bajos y medianos recursos. La epilepsia supone una importante carga psicológica, social y económica para los pacientes. Se estima que aproximadamente un 90% de los pacientes con epilepsia en países tropicales no recibe tratamiento debido a factores socioculturales, económicos y políticos. En el presente trabajo realizamos una revisión de la literatura sobre el tema de la epilepsia en estos países poniendo especial atención a las últimas aportaciones científicas en relación con la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y la mortalidad.

INTRODUCCIÓN

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas con mayor prevalencia a nivel mundial. Aproximadamente el 80-85% de los aproximadamente 60 millones de personas en todo el mundo que padecen epilepsia viven en países de bajos y medianos ingresos [1; WHO, 2005] y la mayoría de ellos en regiones tropicales. La proporción estimada de la población general con epilepsia crónica activa, definida como la presencia de al menos una crisis en los últimos cinco años, oscila entre 4-10 por 1000 personas. Sin embargo, los datos obtenidos de estudios realizados en países de bajos y medianos ingresos sugieren una proporción mayor, entre 7-14 por 1000 personas. Anualmente se diagnostican unos 2,4 millones de casos de epilepsia.

INTRODUCCIÓN

En los países de altos ingresos, los nuevos casos registrados cada año oscilan entre 30-50 por 100 000 personas mientras que en los países de bajos y medianos ingresos esa cifra podría ser hasta cuatro veces más alta. Probablemente esto es debido al mayor riesgo de enfermedades endémicas como el paludismo o la neurocisticercosis, a la mayor incidencia de traumatismos relacionados con accidentes de tráfico, traumatismos e Infecciones perinatales y desigualdades en la infraestructura médica, la disponibilidad de programas de salud pública y el acceso a la atención médica. La mayoría de los casos de epilepsia, aproximadamente dos tercios de los pacientes, pueden ser tratados con éxito usando fármacos de primera línea [2; Schmidt, Schachter, 2014], los cuales resultan

INTRODUCCIÓN

coste-efectivos [3-5; Chisholm, 2005; Gureje, 2007; Chisholm, Saxena, 2012], pero la falta de conocimientos sobre el tema, la estigmatización social, la baja priorización dentro del sistema de salud y la falta de recursos humanos, métodos diagnósticos y disponibilidad de fármacos antiepilépticos, hacen que la mayor parte de estos pacientes no sean adecuadamente tratados [6-14; Meyer, 2010; Radhakrishnan, 2000; Neni, 2010; Mbuba, 2012; Maiga, 2014; Tripathi, 2012; Dua, 2006; Mbuba, Newton, 2009; Rathore, 2014]. En los países de bajos y medianos ingresos, se estima que aproximadamente las tres cuartas partes de las personas epilépticas no reciben tratamiento. Esto es a lo que se denomina “brecha terapéutica” o “treatment gap” en la bibliografía anglosajona.

INTRODUCCIÓN

En muchas regiones rurales de África e India esta cifra aumenta hasta el 95%. Desde el punto de vista socioeconómico, se estima que en 2012 la epilepsia causó la pérdida de unos 20,6 millones de AVAD y, globalmente, ocupa el puesto número 20 como causa de años vividos con discapacidad [15; Vos, 2012]. Todos los datos de esta revisión se han obtenido mediante la búsqueda de literatura científica tanto en fuentes de información primaria (libros de texto, revistas y bases de datos con acceso vía Internet como MEDLINE, a través de Pubmed, EMBASE, LILACS...), como secundarias (guías de práctica clínica, informes de revisiones, metanálisis...) sometidas a una adecuada evaluación crítica de la información obtenida.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

El objetivo de esta revisión bibliográfica es realizar una actualización sobre el tema de la epilepsia en los países de bajos y medianos recursos, en concreto en los países tropicales. Dentro de los objetivos específicos destacaría la revisión de la bibliografía existente sobre las variables epidemiológicas en relación con la epilepsia en estos países, las etiologías emergentes, así como el análisis de varios estudios comunitarios realizados en los últimos años en regiones tropicales en relación con el diagnóstico y el tratamiento de la epilepsia y sus implicaciones, especialmente en términos de mortalidad, tanto desde el punto de vista de la salud como económicas.

REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

Se han realizado numerosos estudios epidemiológicos sobre la epilepsia en regiones tropicales. Sin embargo, algunos de ellos pueden ser de difícil acceso para la comunidad científica ya que se publican en medios regionales o locales y pueden incluir sesgos así como utilizar definiciones, clasificaciones o metodologías distintas a las que habitualmente utilizamos. Hay que tener en cuenta que los estudios de incidencia son escasos dada la dificultad para su realización y que los de prevalencia pueden infraestimar el problema dada la estigmatización y la superstición que existe en áreas tropicales en relación con esta enfermedad. La incidencia anual de epilepsia en países desarrollados es de 30-50 casos nuevos por cada 100000 habitantes y se estima que es aproximadamente el doble en países en desarrollo. Como ejemplos, en América latina se estima

REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

una incidencia media de 140 casos por 100000 habitantes/año, en África subsahariana se sitúa en 70-80 nuevos casos por 100000 habitantes/año y en Asia oscilaría entre 30-60 casos por 100000 habitantes/año. La prevalencia es del 8% de la población mundial lo que supondría unos casi 70 millones de personas afectadas en todo el mundo. Sin embargo, la distribución no es homogénea y cerca del 85% viven en países tropicales. La prevalencia aumenta con la edad siendo máxima durante la segunda década de la vida. La tasa estandarizada de mortalidad se considera dos o tres veces mayor que en la población general y se relaciona estrechamente con crisis epilépticas graves y no controladas. En cuanto a factores sociodemográficos, encontramos un predominio masculino que podría explicarse por la infradeclaración en mujeres o por el éxodo rural de los varones. Se considera que en más del 60% de

REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

casos las crisis comienzan antes de los 20 años y, aproximadamente un 10%, en los tres primeros años de vida. Las crisis tónico-clónicas generalizadas son las más frecuentes, suponiendo aproximadamente un 60%, lo que podría ser debido a la escasa proporción de pacientes que reciben tratamiento antiepiléptico pero también a una mala clasificación por la ausencia de especialistas en Neurología y de aparatos de EEG. La etiología de la epilepsia depende de la edad y de la localización geográfica por lo que existen diferencias cuando se compara con los países desarrollados. En los países tropicales la mayoría de las epilepsias son de causa estructural-metabólica, previamente conocida en las clasificaciones como sintomática. El antecedente de un TCE lo encontramos en el 5-8% de pacientes epilépticos y se relacionan principalmente con

REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

accidentes de tráfico aunque también con accidentes laborales o agresiones. Los tumores cerebrales suponen la causa del 4% de pacientes con epilepsia y el riesgo. depende del tipo de tumor, el grado o la localización. Un 5-6% de los ictus en regiones tropicales se manifiestan con crisis epilépticas, que pueden ser precoces o tardías, y las crisis aparecen en un 10-25% de los aneurismas tratados quirúrgicamente. En todos estos casos suele tratarse de crisis parciales. En el 10-26% de casos la causa de la epilepsia es infecciosa ya sea vírica, bacteriana o parasitaria. Entre las infecciones víricas encontramos el sarampión, el VHS 1 y 2 o el VIH. Las meningitis y encefalitis bacterianas y especialmente la meningitis meningocócica o la tuberculosa pueden ocasionar crisis epilépticas como secuela. Las infecciones parasitarias con afectación del SNC son especialmente importantes en estos

REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

países [16; Carod-Artal, 2009]. Destaca la neurocisticercosis en la que distintos estudios epidemiológicos han demostrado su relación con la epilepsia [17-19; Del Brutto, 2005; Medina, 2005; Nicoletti, 2005]. Constituye la principal causa de epilepsia parcial de inicio en la edad adulta en áreas endémicas (30-50% de casos) y las crisis epilépticas son la manifestación neurológica más común. Además, debido a los flujos migratorios, es una causa potencial de epilepsia sintomática en países desarrollados. Las crisis parciales y las secundariamente generalizadas son las más comunes y se ha descrito el estatus epiléptico en 1-3% de pacientes. Todas las fases de los quistes (viables, coloidales, nódulos calcificados y gliosis) se asocian con crisis epilépticas aunque el riesgo es mayor en los viables y en los que están degenerando. A la hora del tratamiento es importante tener en cuenta que existe una interacción

REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

farmacocinética entre los fármacos antiepilépticos y los antihelmínticos. El paludismo con afectación cerebral puede también ser causa de epilepsia sintomática y se ha descrito una fuerte asociación entre ellas en distintos estudios epidemiológicos realizados [20-21; Marsh, 1995; Kochar, 2002]. Otras infecciones parasitarias que se asocian a epilepsia son la neurotoxocariasis que cursa con crisis parciales, la oncocercosis que se ha relacionado con crisis atónicas cefálicas (“síndrome del cabeceo”), la tripanosomiasis americana o enfermedad de Chagas, la toxoplasmosis, la esquistosomiasis, la paragomiasis, esparganosis, la hidatidosis, la angiostrongiliasis, la amebiasis y la triquinosis. Los factores perinatales se han relacionado con epilepsia posterior en un porcentaje muy variable en la bibliografía, entre el 1% al 36%, e incluyen traumatismos obstétricos, anoxias e isquemias

REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

cerebrales que son frecuentes en estos países. El consumo de alcohol, especialmente alcohol de palma, así como de cocaína, heroína o anfetaminas se han descrito como factores tóxicos. También se han implicado en la aparición de crisis los organoclorados, organofosforados o la cloroquina. Los factores genéticos se relacionan fundamentalmente en estos países con la alta consanguinidad aunque la valoración es difícil ya que se requieren árboles genealógicos precisos que son complicados de obtener y además existe una baja disponibilidad de pruebas y de técnicas adecuadas para el muestreo. La epilepsia tiene un impacto directo en la calidad de vida de los pacientes y en su integración social. Esta implicación sociocultural es aún mayor en los países tropicales donde continúa a día de hoy constituyendo un estigma para los pacientes, un tema tabú y una causa de exclusión social a pesar de las distintas iniciativas

REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

que han intentado sacar a esta enfermedad “de entre las sombras”. Esto se une a que los neurólogos especialistas son pocos y el difícil acceso a la atención médica dando lugar a un aumento del estigma para estos pacientes y mayor dificultad para su adaptación en la sociedad. El tratamiento es otro tema complejo en estos países donde a menudo se recurre inicialmente a curanderos o sanadores que utilizan plantas y remedios naturales y, sólo en caso de varios fracasos terapéuticos, el paciente consulta en el hospital. Se considera que ambas medicinas, la tradicional y la moderna, pueden ser beneficiosas de forma complementaria en estos pacientes. En cuanto a los fármacos antiepilépticos, no existe uno ideal para estos países. El concepto de “brecha” de tratamiento, “treatment gap” en la bibliografía anglosajona, se define como la diferencia porcentual entre el número de pacientes con epilepsia activa y

REVISIÓN DE ANTECEDENTES SOBRE EL TEMA

aquellos cuyas crisis son tratadas adecuadamente en una población y en un momento concreto y se estima que actualmente es superior al 80% en numerosos países tropicales. El fenobarbital es el fármaco antiepiléptico más económico y por tanto el más usado en estos países dadas sus numerosas ventajas aunque no debemos olvidar que tiene algunos inconvenientes. Otros fármacos que se consideran esenciales son fenitoína, diazepam, etosuximida y, desde 1993, también carbamacepina y ácido valproico. La adherencia al tratamiento es otro factor importante a tener en cuenta y se considera menor en los países tropicales.

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

En cuanto a la etiología de la epilepsia en países tropicales se consideran causas infecciosas emergentes o reemergentes la malaria, la neurocisticercosis, el VIH, el virus Zika, la meningitis tuberculosa, el dengue, la encefalitis japonesa, el virus del Nilo occidental, el virus Nipah, los enterovirus, la leptospirosis o el tifus. Dentro de las causas emergentes no infecciosas se incluyen las encefalitis autoinmunes, entre las que destaca la anti-NMDAR, el LES o los traumatismos craneo-encefálicos [22; Carrizosa, 2016]. El virus Zika es un arbovirus que pertenece a la familia Flaviviridae y al género Flavivirus. Desde 2007 aproximadamente, se ha detectado transmisión local del virus en países de América, Asia, África, Oceanía y Europa. Existe transmisión a través de vector, mediante *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus*, y transmisión no mediada por vector, habiéndose descrito por vía sexual, contaminación en laboratorios,

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

materno-fetal y a través de transfusiones. El 80% de los casos son asintomáticos. La enfermedad por este virus cursa con fiebre, exantema maculopapular, artralgias y conjuntivitis no purulenta que suelen ser autolimitados en aproximadamente una semana. Las manifestaciones neurológicas del virus Zika incluyen microcefalia, síndrome de Guillain-Barré y sintomatología neurooftalmológica con afectación fundamentalmente retiniana. El síndrome de Guillain-Barré asociado al Zika en la Polinesia es una variante axonal motora pura. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en realizar la prueba de reacción en cadena de la polimerasa mediante transcriptasa inversa para detectar ARN vírico y pruebas serológicas (ELISA IgM y anticuerpos neutralizantes) para confirmar la infección. El diagnóstico diferencial incluye fundamentalmente la infección por virus dengue y chikungunya

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

[23; Carod-Artal, 2016]. Se está investigando en relación a una vacuna para este virus y las medidas preventivas incluyen el control de los vectores y evitar las picaduras de mosquitos. Recientemente se han publicado otras complicaciones neurológicas entre la que destaca la encefalopatía con crisis epilépticas parciales complejas o generalizadas en relación con la infección por virus Zika en la isla Martinica [24; Rozé, 2016]. Además, se espera que los niños con microcefalia por infección del virus Zika desarrollen epilepsia a medio-largo plazo. Existen evidencias de que la encefalitis anti-NMDAR puede ser más común en población no caucásica. En un estudio realizado en Malasia suponen cerca de la mitad del total de encefalitis y en un estudio tailandés aproximadamente un 6%. El LES es también relativamente más común en el este de Asia.

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

En el estudio tailandés sobre encefalitis previamente mencionado supone aproximadamente un 6% de encefalitis. Las causas traumáticas representan otra etiología emergente de crisis epilépticas en los trópicos. Los TCE en relación con accidentes de tráfico son mucho mayores en los países en desarrollo que en los países desarrollados. Según la OMS, en 2010, la mortalidad en accidentes de tráfico era de 5-10/100000 vehículos de motor y año en países desarrollados y 15 veces mayor (30-250 por 100000 vehículos de motor y año) en países de bajos y medianos ingresos. Las crisis precoces, aquellas que ocurren en la primera semana después del TCE, afectan a 4-7% de los pacientes y las tardías, después de una semana tras el traumatismo, aparecen en un 9-42% de pacientes.

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

Se ha publicado un estudio de casos y controles realizado en la República Democrática del Congo para intentar aclarar los factores de riesgo asociados con epilepsia en regiones en las que la oncocercosis es endémica ya que la epilepsia tiene una gran prevalencia en estas áreas [25; Colebunders, 2016]. Los datos obtenidos en el estudio sugieren que la realización de actividades frecuentes en los ríos donde se crían las moscas negras y la falta de tratamiento con ivermectina son factores de riesgo para el desarrollo de epilepsia en relación con esta enfermedad. Respecto al tratamiento, se ha publicado recientemente un estudio sobre los beneficios que conllevaría la financiación pública del tratamiento antiepiléptico en India [26; Megiddo, 2016]. Se estima que en este país unos 6-10 millones de personas padecen epilepsia activa y menos de la mitad reciben tratamiento.

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

En este estudio se analizan los beneficios, tanto sobre la salud como económicos, de tres modelos de financiación pública de programas de epilepsia que incluyen: en el primer grupo, FAE de primera línea, en el segundo grupo, FAE de primera y segunda línea y, en el tercer grupo, FAE de primera y segunda línea y tratamiento quirúrgico. Los resultados del estudio demuestran que los tres escenarios representan un uso coste-efectivo de los recursos y evitarían 800000-1 millón de AVAD por año en India comparado con la situación actual. Sin embargo, especialmente en regiones y poblaciones pobres, el primer escenario no disminuiría los gastos extra si se incluyen los costes de la atención médica mientras que, en los primeros 10 años tras el inicio de los escenarios segundo y tercero, se ahorraría un promedio de 80 millones de dólares de gasto sanitario al año.

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

Por tanto concluyen que la financiación pública del tratamiento antiepiléptico en India mejoraría sustancialmente la carga económica que esta enfermedad supone. Como ya hemos comentado previamente, la cobertura únicamente de los FAE de primera línea no resultaría en un beneficio significativo pero, si se cubrieran tanto los costes de FAE de primera y segunda línea como costes médicos, supondría un alivio de la carga económica que supone la epilepsia y resultaría coste-efectiva en los distintos estados de India. Otra aportación reciente al tema ha sido un estudio realizado en Malasia [27; Fonn, 2016] sobre el déficit de vitamina D y sus factores de riesgo en niños con epilepsia. La conclusión del estudio es que, a pesar de vivir en los trópicos, una alta proporción de los niños epilépticos de Malasia en tratamiento con FAE están en riesgo de sufrir déficit

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

de vitamina D y proponen medidas como los suplementos alimenticios y realizar consejo sobre una exposición solar apropiada para mejorar esta situación, especialmente en aquellos pacientes considerados como de alto riesgo. Sobre la incidencia, remisión y mortalidad de la epilepsia en áreas rurales de Sudáfrica se ha realizado otro estudio en el que se encuentra una incidencia menor de epilepsia que en otros estudios africanos aunque con tasas de mortalidad mayores en varones de edad avanzada [28; Wagner, 2015]. En general, la conclusión es que los varones desarrollan epilepsia a menor edad y tienen un mayor riesgo de muerte que las mujeres por lo que proponen dirigir los esfuerzos a intentar entender las causas de epilepsia en estos pacientes y realizar intervenciones para disminuir las crisis prolongadas con vistas a reducir la carga que supone la epilepsia activa con crisis convulsivas.

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

Se han publicado recientemente un estudio en colaboración con la ILAE sobre la muerte prematura en relación con epilepsia en países de medianos y bajos recursos [29; Levira, 2017]. El objetivo es determinar la magnitud de los factores de riesgo y las causas de la mortalidad prematura en estos países. Se realizó una búsqueda sistemática en la literatura sobre mortalidad y epilepsia en los países definidos por el Banco Mundial como países de medianos y bajos ingresos. La tasa anual de mortalidad fue estimada en 19.8 muertes por 1000 personas con epilepsia y fue relativamente mayor en niños y adolescentes con epilepsia sintomática y menor adherencia al tratamiento. Las principales causas de mortalidad en estos pacientes incluyen las directamente atribuibles a la epilepsia en un 27.3% de los casos entre las que destacan el estado epiléptico (5-56.6%) y el SUDEP (1-18.9%).

APORTACIONES RECIENTES AL TEMA

causas de mortalidad indirectamente relacionadas con la epilepsia se incluyen los ahogamientos, los TCE y las quemaduras. Concluyen que la epilepsia en países de medianos y bajos recursos tiene una mortalidad prematura significativamente mayor en relación con países de elevados recursos pero que este exceso de mortalidad es más probable que esté asociado a causas atribuibles a la falta de acceso a la atención médica y al estatus epiléptico así como causas evitables como ahogamientos, TCE y quemaduras. Este exceso de mortalidad prematura podría ser sustancialmente reducido con medidas educativas y mejorando el acceso al tratamiento incluyendo los FAE.

ANÁLISIS, VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO ACUMULADO SOBRE EL TEMA Y CONCLUSIONES

Como ya hemos comentado en numerosas ocasiones durante esta revisión, la epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más prevalentes y supone un 0.75% de la carga global de enfermedad a nivel mundial. La situación es especialmente complicada en los países tropicales donde se encuentra aproximadamente el 80% de la población con epilepsia. En estos países existen diferencias en cuanto a la etiología en comparación con los países desarrollados siendo las principales causas las sintomáticas a TCE, factores perinatales e infecciones. Se trata por tanto de causas en su mayoría prevenibles mediante un programa adecuado de educación a la población y mejora de las infraestructuras, control de los factores relacionados con el embarazo, parto y

ANÁLISIS, VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO ACUMULADO SOBRE EL TEMA Y CONCLUSIONES

periodo neonatal así como el diagnóstico y tratamiento adecuados de la patología infecciosa. Además, la falta de facultativos especializados en Neurología así como la dificultad para la realización de pruebas diagnósticas fundamentales como el EEG o las técnicas de neuroimagen contribuyen al mantenimiento de este problema. Respecto al tratamiento, se estima que hasta el 90% de pacientes en algunos de estos países no reciben tratamiento antiepiléptico. Esto se explica por motivos culturales pero también económicos y políticos y a pesar de la existencia de fármacos, como por ejemplo el fenobarbital, baratos y que han demostrado ser coste-efectivos. En mi opinión, resulta fundamental la realización de campañas educativas y de información en estos países para disminuir el

ANÁLISIS, VALORACIÓN DEL CONOCIMIENTO ACUMULADO SOBRE EL TEMA Y CONCLUSIONES

estigma social en relación con la epilepsia y consecuentemente aumentar la consulta a médicos y mejorar la adherencia al tratamiento. También sería interesante apoyar la formación de médicos de estos países en Neurología así como la financiación de equipos de EEG y de neuroimagen. Además, serían necesarios nuevos estudios para actualizar los datos en relación con variables epidemiológicas así como datos de incidencia, prevalencia, etiología o mortalidad en relación con la epilepsia en países tropicales.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Atlas: epilepsy care in the world. Geneva: World Health Organization; 2005.
2. Schmidt, Schachter. Drug treatment of epilepsy in adults. *BMJ* 2014; 348:g254.
3. Chisholm. Cost-effectiveness of first-line antiepileptic drug treatments in the developing world: a population-level analysis. *Epilepsia* 2005; 46:751–759.
4. Gureje, Chisholm, Kola. Cost-effectiveness of an essential mental health intervention package in Nigeria. *World Psychiatry* 2007; 6:42–48.
5. Chisholm, Saxena. Cost effectiveness of strategies to combat neuropsychiatric conditions in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study. *BMJ* 2012; 344:e609.

BIBLIOGRAFÍA

6. Meyer, Dua, Ma, et al. Global disparities in the epilepsy treatment gap: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2010; 88:260–266.
7. Radhakrishnan, Pandian, Santhoshkumar, et al. Prevalence, Knowledge, Attitude, and Practice of Epilepsy in Kerala, South India. *Epilepsia* 2000; 41:1027–1035.
8. Neni, Latif, Wong, et al. Awareness, knowledge and attitudes towards epilepsy among rural populations in East Coast Peninsular Malaysia: a preliminary exploration. *Seizure* 2010; 19: 280–290.
9. Mbuba, Ngugi, Fegan, et al. Risk factors associated with the epilepsy treatment gap in Kilifi, Kenya: a cross-sectional study. *Lancet Neurol* 2012; 11:688–696.
10. Maiga, Albakaye, Diallo, et al. Current beliefs and attitudes regarding epilepsy in Mali. *Epilepsy Behav* 2014; 33:115–121.

BIBLIOGRAFÍA

11. Tripathi, Jain, Devi. Need for a national epilepsy control program. *Ann Indian Acad Neurol* 2012; 15:89–93.
12. Dua, de Boer, Prilipko, et al. Epilepsy care in the world: results of an ILAE/IBE/WHO Global Campaign Against Epilepsy survey. *Epilepsia* 2006; 47:1225–1231.
13. Mbuba, Newton. Packages of care for epilepsy in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009; 6:e1000162.
14. Rathore, Rao, Radhakrishnan . National epilepsy surgery program: realistic goals and pragmatic solutions. *Neurol India* 2014; 62:124–129.
15. Vos, Flaxman, Naghavi, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2163–2196.

BIBLIOGRAFÍA

16. Carod-Artal. Tropical causes of epilepsy. Rev Neurol. 2009;49(9):475–82
17. Del Brutto O, Santibanez, Idrovo, Rodríguez, Díaz-Calderón, Navas , et al. Epilepsy and Neurocysticercosis in Atahualpa: a door-to-door survey in rural coastal Ecuador. Epilepsia 2005; 46: 583-7.
18. Medina, Durón, Martínez, Osorio, Estrada, Zúñiga, et al. Prevalence, incidence, and etiology of epilepsies in rural Honduras: the Salamá Study. Epilepsia 2005; 46: 124-31.
19. Nicoletti, Bartoloni, Sofia, Bartalesi , Chávez, Osinaga, et al. Epilepsy and neurocysticercosis in rural Bolivia: a populationbased survey. Epilepsia 2005; 46: 1127-32.
20. Marsh K, Forster D, Waruiru C. Indicators of life-threatening malaria in African children. N Engl J Med 1995; 332: 1399-404.

BIBLIOGRAFÍA

21. Kochar, Shubhakaran, Kumawar, Kochar, Halwa, Makkar, et al. Cerebral malaria in Indian adults: a prospective study of 441 patients from Bikaner, north-west India. *J Assoc Physicians India*. 2002 Feb; 50:234-41.
22. Carrizosa, Kakooza, Tin Tang. Epilepsy in the tropics: Emerging etiologies. *SEIZURE: European Journal of Epilepsy*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.seizure.2016.11.032>.
23. Carod-Artal. Epidemiología y complicaciones neurológicas de la infección por el virus del Zika: un nuevo virus neurotrófico emergente . *Rev Neurol* 2016; 62 (07):317-328.
24. Rozé, Najjioullah, Signate, Apetse, Brouste, Gourgoudou, et al; Neuro-Zika Working Group of Martinique. Zika virus detection in cerebrospinal fluid from two patients with encephalopathy, Martinique, February 2016. *Euro Surveill* 2016; 21

BIBLIOGRAFÍA

25. Colebunders, Robert et al. “Risk Factors for Epilepsy in Bas-Uélé Province, Democratic Republic of the Congo: A Case–control Study.” *International Journal of Infectious Diseases* 49 (2016): 1–8. PMC. Web. 30 Jan. 2017.
26. Megiddo, Colson, Chisholm, Dua, Nandi, and Laxminarayan. Health and economic benefits of public financing of epilepsy treatment in India: An agent-based simulation model. *Epilepsia*, 57(3):464–474, 2016.
27. Yi Fonn, Nie Kong, Koon Poh Rithauddin Mohamed, Beng Khoo, Lun Ng, Noordin, Nadarajaw, Choo Ong. Vitamin D deficiency and its risk factors in Malaysian children with epilepsy. *Epilepsia*. 2016 August; 57 (8):1271–1279.
28. Wagner, Ryan et al. Incidence, Remission and Mortality of Convulsive Epilepsy in Rural Northeast South Africa. Ed. Jayadeep Patra. *PLoS ONE* 10.6 (2015): e0129097. PMC.

BIBLIOGRAFÍA

29. Levira, Thurman, Sander, Hauser, Hesdorffer, Masanja, Odermatt, Logr oscino, Newton. Premature mortality of epilepsy in low- and middleincome countries: A systematic review from the Mortality Task Force of the International League Against Epilepsy, *Epilepsia*. 2017 Jan; 58(1):6-16. Epub 2016 Dec 18.

**TEMA 130. ESTUDIO
OBSERVACIONAL SOBRE EL GRADO
DE CONOCIMIENTO DE PADRES,
PROFESORADO Y ESCOLARES
SOBRE LAS FUNCIONES DE LA
ENFERMERA ESCOLAR.**

CRISTINA CORE CÓRCOLES MIRANDA

DAMIAN MARTÍNEZ CIFUENTES

VERÓNICA VALCÁRCEL LÓPEZ

CARMEN ALARCÓN HERREROS

ÁLVARO JOSÉ NAHARRO JIMÉNEZ

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

3. METODOLOGÍA

4. BIBLIOGRAFÍA

1.INTRODUCCIÓN

La inclusión de la enfermera escolar en España dentro del equipo escolar en numerosos centros educativos puede ser considerado todavía como ascendente, aunque lleva más de tres décadas ejerciendo su labor con niños y jóvenes, inicialmente en Centros de Educación Especial y posteriormente y tras sucesivas legislaciones al respecto, en Escuelas Infantiles, Colegios de Infantil, Primaria y Secundaria tanto públicos como privados y concertados.

La enfermera en los centros educativos, integrada en la comunidad educativa, aporta una valiosa labor, que junto con el equipo docente trabaja para dar estabilidad a la vida diaria del niño con necesidades educativas especiales y enfermedades crónicas, fomentando hábitos de vida saludables en toda la población escolar y comunidad educativa.

La Ley Orgánica de Educación (LOE), de 3 de mayo de 2006 (2), que establece los principios generales de la Educación para todo el Estado, contempla en el artículo 71 al “Alumnado con necesidad específica de apoyo educativo”. En España, en el año 2009, la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) , primera asociación española en Enfermería Escolar, elabora el perfil propio de la enfermera escolar y la define como (4): “el profesional que, dentro del ámbito del centro y de acuerdo con el Proyecto Educativo del Centro (PEC), le incumbe la responsabilidad de proporcionar de forma individualizada, o en su caso, de forma coordinada dentro del equipo escolar, los cuidados propios de su competencia al alumno/a de modo directo, integral o individualizado. En el ámbito educativo, además, han de prestar un servicio que permita aumentar la capacidad del individuo y de la colectividad escolar, para prevenir, detectar y solucionar sus problemas de salud”.

A pesar que los escolares son considerados como una “población sana” que no requiere de la atención de un profesional sanitario. La realidad refleja números datos extraídos de informes nacionales e internacionales que concluyen todo lo contrario.

Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), España es el segundo país europeo con mayor índice de obesidad infantil, y, según la Federación Española de Diabetes, en España hay unos 10.000 menores de 15 años que viven con diabetes tipo 1.

Todos estos problemas de salud implican un coste añadido para el sistema de salud, apuntando, a modo de ejemplo, el sobrecoste de 2.000 millones de euros al año derivado de la obesidad, o los más de 5.000 millones de euros al año de costes directos de la diabetes, tratamientos y hospitalizaciones.

En la última década se han incrementado los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Otros problemas que en la última década han ido incrementándose de manera muy preocupante en nuestro país son los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Resulta imprescindible una educación sexual temprana que aporte una información veraz y adecuada a las diferentes edades y que elimine falsos mitos o creencias erróneas, con el fin de evitar conductas sexuales de alto riesgo.

Las competencias de la enfermera escolar abarcan tanto la terapéutica o asistencial, como la educación para la salud o la prevención. Toda esta labor se desarrolla mediante la colaboración, apoyo y asesoramiento a todos los miembros de la comunidad educativa, alumnos, padres y profesorado.

Estas incluyen:

- Administración de medicamentos prescritos, vacunas, control de la medicación de los alumnos y botiquines.
- Seguimiento de la adherencia a los tratamientos.
- Asistencia al alumnado en urgencias, accidentes, traumatismos y heridas.
- Asistencia al alumnado con necesidades especiales.
- Toma de constantes vitales, cuidados respiratorios, cuidados neurológicos, cuidados de la piel, cuidados urinarios, cuidados digestivos.
- Educación para la salud: individualizada y colectiva a alumnos, padres y docentes.

- Prevención y promoción de la salud:
 - Hábitos de vida saludables.
 - Pautas correctas de alimentación, higiene personal y ambiental, prevención de accidentes.
 - Prevención de trastornos de la conducta alimentaria, drogodependencias y otras adicciones.
 - Autocuidado, primeros auxilios.
 - Salud buco-dental.
 - Salud afectivo-sexual.
 - Asesoramiento y orientación a las familias.
 - Asesoramiento y formación al profesorado en materias sanitarias, como por ejemplo, en primeros auxilios.
 - Coordinación con los planes de salud que se desarrollan en Atención Primaria a través de los centros de salud.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Determinar el grado de conocimientos sobre las funciones de la enfermería escolar en los escolares, profesores y padres .

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Lograr que la comunidad educativa se beneficien de la labor asistencial del personal de enfermería.
- Identificar las expectativas sobre las funciones de la enfermera escolar de padres, alumnos y profesores
- Conocer si existen diferencias sobre las funciones de la enfermera escolar entre comunidades educativas que poseen ya la figura dentro del equipo de las que no.

3. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará un cuestionario con 40 preguntas dicotómicas, con respuestas si o no, donde se preguntaban por las funciones de la enfermera escolar expuestas en la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE).

ÁMBITO/POBLACION: Colegio San Pablo ,Instituto Al – basit, Instituto Amparo Sanz ,Centro Diocesano, Centro Nuestra Señora Del Rosario y Centro María Inmaculada. población de 60 padres, 60 alumnos y 60 profesores

CRITERIOS DE INCLUSION: Alumnos de 6º de Primaria y padres y profesorado del curso vinculante.

CRITERIO DE EXCLUSION: Alumnos, profesores y padres que no deseen formar parte del estudio.

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

Dado que la encuesta es anónima, no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, será necesario la autorización mediante consentimiento informado para participar en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación del Comité de Ética de Investigación del Área y de la consejería de educación así como asociación de padres y madres de los participantes de los centros de referencia.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO I

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

ANÁLISIS ESTADÍSTICO II

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

4. BIBLIOGRAFÍA

Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. (Boletín Oficial del Estado, núm. 103, de 30 de abril de 1982).

Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. (Boletín Oficial del Estado, núm. 106, de 4 de mayo de 2006).

Selekman J. School nursing: a comprehensive text. National Association of School Nurses. Philadelphia: FA Davis Company; 2006.

Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE). Perfil de Enfermería Escolar. Madrid: AMECE; 2009. [En línea] [fecha de acceso: 18 de julio de 2012]. URL disponible en: <http://www.amece.es/images/perfil.pdf>

- Hanink E. Lina Rogers, the first School Nurse. Spearheading an intervention to keep kids in school. California: WorkingNurse.com; 2011. [En línea] [fecha de acceso: 18 de julio de 2012]. URL disponible en: <http://www.workingnurse.com/articles/LinaRogers-the-First-SchoolNurse>.
- Bartueña Borque O. La sanidad escolar a través de la historia. Con especial referencia a las helmintiasis y el rendimiento escolar. Barcelona: Jarpyo Editores; 1989.
- Alcántara García P. Tratado de higiene escolar: guía teórico-práctica. Madrid: Editorial del Cardo; 1980.
- López Langa N. Análisis de la Enfermería en el ámbito educativo en la Comunidad de Madrid. Metas Enferm 2010;

.

- Mercado-Martínez, F. J., Padilla-Altamira, C., Díaz-Medina, B., & Sánchez-Pimienta, C. (2015). La visión del personal de salud sobre la donación y el trasplante de órganos: Una revisión de la literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(2), 574-583.
- Vanegas Ortiz, C. D., & Tíntin Verdezoto, J. M. (2013). Estudio comparativo de conocimientos y actitudes sobre la donación de órganos de los estudiantes de quinto año de la Escuela de Derecho con los estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca 2013 (Bachelor's thesis).

**TEMA 131. ESTUDIO SOBRE COMO
COMUNICARSE CON UNA
PERSONA CON HIPOACUSIA.**

PAULA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **MÉTODO**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSION**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La comunicación es la base para el desarrollo físico, psíquico, social y cultural de todo ser humano.

Algunas personas con discapacidad auditiva se comunican a través del lenguaje de signos o lectura de los labios. Muchas veces pueden hablar sin escuchar

OBJETIVOS

- Describir el proceso de comunicación entre la población con discapacidad auditiva y la población oyente.
- Identificar los principales actores que intervienen en la comunicación.
- Reconocer los diferentes canales a utilizar la población con discapacidad auditiva y la población oyente para comunicarse entre sí.
- Identificar el código empleado por los actores del proceso de comunicación.
- Caracterizar el mensaje y los temas de integración generados entre los actores en el proceso de comunicación.

- Describir el fenómeno de la retroalimentación en la comunicación entre personas sordas y oyentes.

MÉTODO

- La comunicación visual es la base fundamental de su entendimiento.
- Cuando se observa que la persona no entiende lo que se está diciendo, intentar volver a transmitir el mensaje más claro.
- Para llamarlo podemos tocarle suavemente en el hombro para evitar que se asuste.

RESULTADOS

Durante el análisis de los artículos se encontraron las siguientes intervenciones de comunicación exitosas para el cuidado de la salud de las personas con deficiencias auditivas, cabe mencionar que algunos autores mencionan varias estrategias útiles en sus resultados, y no solo una en específico, obteniendo los siguientes resultados principales:

- Lenguaje de señas oficial
- Materiales visuales en forma escrita, en imágenes o videos.
- Comunicación verbal.
- Lenguaje de signos.

CONCLUSION

- Prestar atención y preguntar que modalidad o forma de comunicación necesita; hablar mirando a los ojos (es muy probable que sea la lectura de los labios), hablar pausadamente de forma clara y neutral.
- Las expresiones corporales, faciales y la lectura de labios, son de suma importancia para completar los sonidos del habla cuando la audición falla.

BIBLIOGRAFÍA

- M.V.G.H. Goycoolea. **Discapacidades auditivas neurosensoriales: conceptos generales.** Rev.Med.Clin.Condes (2003).
- Guía Clínica Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audifono. In: Salud Md, ed.; 2007.
- Calvo Prieto, J.C. (1999). La sordera: un enfoque socio-familiar. Salamanca: Plaza Edición.
- Acosta Rodríguez, V. M. La sordera desde la diversidad cultural y lingüística. Construyendo centros inclusivos en la educación del alumnado con sordera. Masson.

TEMA 132. LA OBESIDAD.

VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
PAULA CASTRO PARIENTE

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **DIAGNÓSTICO**
- **CLASIFICACIÓN**
- **PREVALENCIA**
- **EL RIESGO DE LA OBESIDAD**
- **TRATAMIENTO**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

- La obesidad es un aumento desmedido de peso con una cantidad excesiva de grasa corporal, concomitante a un desequilibrio en las proporciones del cuerpo.
- Aunque antiguamente la obesidad era bien valorada, en nuestra época se considera un grave problema para la salud.
- Es una enfermedad crónica que se produce cuando el gasto energético es inferior a las calorías ingeridas.

DIAGNÓSTICO

- Se diferencia entre el sobrepeso y la obesidad con el índice de masa corporal, IMC.
- El IMC es el peso en kilogramos dividido por la altura en metros del individuo.
- Para tener obesidad se debe de tener un IMC igual o superior a 30.

CLASIFICACIÓN

- Obesidad grado 1 (Bajo riesgo). IMC de 30 a 34´9.
- Obesidad grado 2 (Riesgo moderado). IMC de 35 a 39´9.
- Obesidad grado 3 (Alto riesgo). IMC igual o superior a 40.
- Obesidad grado 4 (Obesidad extrema). IMC igual o superior a 50.

PREVALENCIA

- Según el estudio ENPE en España, un 21´6% de la población sufre de obesidad y un 39´3% sobrepeso.
- Los porcentajes más altos del país se encuentran en Murcia, Canarias, Andalucía, Galicia y Asturias.
- En España la edad que contiene mayor porcentaje de mujeres con sobrepeso está entre los 75-84 años, mientras que en los hombres se encuentra entre los 55-64 años.

EL RIESGO DE LA OBESIDAD

- Apnea del sueño.
- Alto colesterol y triglicéridos.
- Problemas de hígado.
- Aumenta riesgo determinados cánceres.
- Diabetes o glucosa alta.
- Cálculos biliares.
- Problemas articulares y óseos.
- Hipertensión.
- Problemas cardiacos.

TRATAMIENTO

- Reeducación nutricional.
- Aumento de la actividad física.
- Soporte psicológico.
- Modificación conductual.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- A.Barrera-Cruz, L.Ávila-Jiménez, E.Cano-Pérez, M.A.Molina-Ayala, J.IParrilla-Ortiz, R.IRamos-Hernández, A.Sosa-Caballero, M.R.Sosa-Ruiz, J.Gutiérrez-Aguilar.Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet] 2013 [16-6-19] 51
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745489021>
[ISSN 0443-5117](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745489021)
- Márquez J.J., García V., Ardila R.. Ejercicio y prevención de obesidad y diabetes mellitus gestacional. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2012 [16-6-19] ; 77(5): 401-406. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500013&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262012000500013>.

- Rodríguez-Rodríguez E., López-Plaza B., López-Sobaler A. M.^a, Ortega R. M.^a. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. Nutr. Hosp. [Internet]. 2011 Abr [citado 17-6-2019] ; 26(2): 355-363.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200017&lng=es.
- Garcia-Rubio J., Olivares Pedro R., Lopez-Legarrea P., Gomez-Campos Rossana, Cossio-Bolaños M. A., Merellano-Navarro E. Asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud, el estado nutricional (IMC) y los niveles de actividad física y condición física en adolescentes chilenos. Nutr. Hosp. [Internet]. 2015 Oct [citado 17-6-2019] ; 32(4): 1695-1702.
Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112015001000040&lng=es.<http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.32.4.9182>
- .

TEMA 133. RADIACIÓN Y RESIDUOS SANITARIOS.

**NURIA IZQUIERDO MORENO
SONIA DE VES MARTINEZ
COVADONGA GARCIA MAZON**

ÍNDICE

- Introducción
- Residuos Sanitarios.
- Residuos sanitarios asimilables a residuos municipales tipo I
 - Recogida y almacenamiento
 - Tratamiento y eliminación
- Residuos sanitarios no específicos o tipo II

- Residuos sanitarios específicos de riesgo o de tipo III
- Recogida y almacenamiento de residuos tipo II y III
- Tratamiento y eliminación residuos tipo II y III
- Gestión de residuos sanitarios
 - Responsabilidad de la gestión
 - Transporte intracentro
 - Almacenamiento de los residuos sanitarios

- Gestión extracentro
- Residuos tipificados en normativas singulares o tipo IV
- Radiación Ionizante
 - Exposición a la radiación
 - Medidas de protección contra la radiación.
 - Clasificación y delimitación de las zonas expuestas a radiación en el hospital
 - Efectos biológicos y etiopatogenia de las radiaciones ionizantes
- Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Entendemos por residuo sanitario, todo aquel producto originado de la actividad sanitaria, además de todo aquel generado en laboratorios, servicios de investigación, incluyendo también a los residuos procedentes de centros de asistencia veterinaria que generen residuos asimilables a los sanitarios por sus características y que ha terminado definitivamente con toda su utilidad o manejo clínico¹.

Después de la aparición del SIDA, a partir de los años 80, fue cuando se puso de relevancia el potencial riesgo para la salud pública².

El tratamiento de estos residuos debe seguir unos métodos de prevención adecuado, con el fin de garantizar la salud pública, la defensa del medio ambiente y la preservación de los residuos naturales deben ser depositados en distintos recipientes o habitáculos, teniendo en cuenta la clasificación establecida, con el fin de minimizar la cantidad de los mismos. La recogida de estos debe atender los criterios de asepsia, inocuidad y economía¹.

La información y la educación de los profesionales de la salud en la gestión adecuada de los residuos sanitarios son la clave para evitar riesgos innecesarios, teniendo en cuenta que el riesgo biológico es el más frecuente³.

La radiación ionizante, es el residuo con más alto riesgo de peligrosidad. La utilización de fuentes radiactivas exige medidas preventivas para la protección de los trabajadores para prevenir la producción de efectos biológicos estáticos y no estáticos.

Para medir estas radiaciones existen unos instrumentos de lectura directa, normalmente portátiles, que nos indican la tasa de radiación acumulada.

RESIDUOS SANITARIOS.

❖ Residuos sanitarios asimilables a residuos municipales de tipo I:

La gestión de estos residuos no plantea exigencias en cuanto a su gestión. Se incluyen en este apartado el papel, cartón, material de oficina y despachos, cocinas, bares y comedores, talleres, jardinería y residuos procedentes de pacientes no infecciosos, no incluidos en los grupos II y III¹. No son residuos generados de la actividad sanitaria como tal, no tienen contaminación específica, ni presentan un riesgo primario para la salud. Se clasifican como residuos urbanos, Ley de Residuos⁴.

La gestión de estos residuos, cumplimiento de todas sus fases desde recogida hasta eliminación corre a cargo de los Ayuntamientos⁵.

▪ **Recogida y almacenamiento:**

- Se recogerán en bolsas de basura “negras”, las cuales cumplan la normativa vigente en los municipios sobre residuos urbanos. Se actuará como con cualquier otro residuo urbano, preservando el medio ambiente y la salud⁴.

▪ **Tratamiento y eliminación:**

- Su eliminación puede llevarse a cabo de forma separada o unidos a aquellos residuos urbanos generales. Deberán respetar los mismos requerimientos con carácter general para los residuos urbanos tanto técnico, operativo y de seguridad, conforme con las normativas vigentes⁶.

❖ **Residuos sanitarios no específicos o de tipo II:**

Son aquellos que requieren un tratamiento adicional de gestión, en el interior del centro sanitario, por su riesgo de infección⁴. Dentro de este grupo se encuentran, material de curas, yesos, ropa y material de un sólo uso, contaminados con sangre, secreciones y/o excreciones, todos ellos no englobados dentro de los residuos clasificados como residuos sanitarios específicos¹.

❖ **Residuos sanitarios específicos de riesgo o de tipo III:**

Son residuos sobre los cuales se han de observar medidas de prevención en la manipulación, la recogida, el almacenamiento, el transporte, el tratamiento y la eliminación, tanto dentro como fuera del centro generador, ya que pueden representar un riesgo para la salud laboral y pública^{1,4}.

Los residuos sanitarios específicos de riesgo se pueden clasificar en:

- Residuos sanitarios o infecciosos: son aquellos capaces de transmitir alguna de las enfermedades infecciosas¹, es decir son residuos que provienen de pacientes infectados, con patógenos capaces de transmitir una enfermedad infecciosas⁴.

Lista de enfermedades infecciosas transmisibles por agentes patógenos contenidos en los residuos sanitarios infecciosos (grupo III)¹:

- Sida
 - Rabia
 - Desintèria bacteriana
 - Poliomelitis
 - Peste
 - Fiebre
- paratifoidea
A,B,C
- Antrax
 - Lepra
 - Tifus abdominal
 - Tularemia
- Hepatitis vírica
 - Tuberculosis activa
 - Muermo
 - Fiebre Q
 - Meningitis encefalitis
- Difteria
 - Brucelosis
 - Fiebre hemorrágica, virus
 - Cólera

- Residuos anatómicos. Cualquier resto anatómico humano que se pueda reconocer como tal¹.
- Sangre y hemoderivados en forma líquida. Recipientes que contengan sangre o hemoderivados, u otros líquidos biológicos. Se trata siempre de líquidos¹, Recipientes que contengan más de 100 ml de líquidos corporales y muestras de sangre o productos derivados, en cantidades superiores a 100 ml⁴.

- Agujas y material punzante y cortante entre estos se encuentran agujas, pipetas, hojas de bisturí, portaobjetos, cubreobjetos, capilares y tubos de vidrio¹.
- Vacunas vivas y atenuadas¹.

➤ **Recogida y almacenamiento de residuos tipo II Y III:**

- Los residuos de los grupos II y III se recogerán en bolsas y recipientes cuyas características técnicas se adaptarán a los criterios siguientes¹:
- Estanqueidad total.
- Opacidad a la vista.
- Resistentes a la rotura.
- Asepsia total en su exterior.
- Ausencia total en su exterior de elementos sólidos, punzantes y cortantes.
- Volumen no superior a 70 litros.
- Cierre especial hermético de fácil apertura y que no pueda abrirse de forma accidental.

- **Residuos sanitarios cortantes y punzantes:**

Los residuos cortantes y punzantes han de ser recogidos en recipientes impermeables, rígidos y a prueba de pinchazos. Una vez llenos estos recipientes, tendrán que eliminarse como residuos sanitarios específico¹, estos recipientes o contenedores son rígidos de un solo uso⁸, con un volumen total no superior a 90 litros, cierre especial hermético y que no pueda abrirse de forma accidental y además deben llevar la identificación de biocontaminados. Por ello es importante que se traten con el fin de evitar la transmisión de enfermedades infecciosas⁴.

➤ **Tratamiento y eliminación (residuos tipo II Y III):**

Fuera de los centros, los residuos del grupo II se tratarán y eliminarán como residuos asimilables a los municipales¹.

Los residuos del grupo III se podrán eliminar mediante incineración, en hornos preparados para esta finalidad y estarán contruidos con unas características técnicas definidas¹.

La incineración se realiza fuera del centro hospitalario y es realizado por empresas autorizadas, que garantizan no contaminar el medio ambiente. Por otro lado si se realiza una incineración inadecuada puede suponer un riesgo para la salud por lo que ha otra alternativa, que es la esterilización y, una vez triturados, se asimilan a los residuos urbanos¹.

Otro método de eliminación es el tratamiento por microondas, aunque este es más complejo que el anterior, ya que primero se han de humedecer los residuos, pues sólo así las microondas serán efectivas¹.

Los residuos del grupo III también se podrán eliminar como residuos asimilables a los municipales, siempre que hayan sido previamente tratados mediante esterilización por vapor caliente a presión por técnica de autoclave¹, que son unos recipientes cerrados que utilizan vapor de agua saturado a una temperatura superior a 120 °C, presión y tiempo de residencia suficiente para conseguir la esterilización de los mismos. Tras este proceso se consideran asimilables a urbanos⁴.

Los residuos del grupo III que sean cortantes y punzantes, como agujas de bisturí, estiletes y cualquier material metálico que pueda ser vehículo de transmisión de enfermedades, podrán ser tratados mediante esterilización en el mismo centro, y después eliminados como residuos asimilables a los municipales¹

- **Residuos tipo sangre y hemoderivados:**

La opinión que predomina en el ámbito internacional (Centers for Disease Control, Ministerio de Sanidad del Canadá, Ministerio de Medio Ambiente de Holanda, OMS, etc.), “es que el mejor método de eliminación de la sangre, derivados y secreciones orgánicas es el de verterlos por el desagüe conectado a la red de saneamiento del centro sanitario y que por lo tanto no es necesaria la desinfección previa de los residuos. Se ha de tener en cuenta que las cloacas están concebidas para recibir grandes cantidades de materias orgánicas infecciosas¹.”

La única excepción a esta práctica son los residuos que provienen de pacientes con enfermedades no endémicas en España y los cultivos líquidos de microbiología que se trataran como residuos sanitarios específicos sólidos, por otro lado el vertido se debe hacer de forma que eviten las salpicaduras y aerosoles, no se debe intentar agujerear o forzar el recipiente, sino que se ha de eliminar como residuos sanitarios específicos solidos¹.

GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

En la gestión de residuos sanitarios cabe destacar 4 apartados:

- Responsabilidad de la gestión:

Responsabilidad de hacer cumplir la normativa vigente existente al respecto (Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados⁷) de la recogida, almacenamiento y entrega de los residuos a un gestor* autorizado, y si procede al tratamiento y eliminación de los mismos, recae en el gerente* del hospital productor. Una vez transferidos estos al gestor, él es el responsable de los mismos para su transporte, tratamiento y eliminación.

Los productores deben de tener actualizado el libro de registro de incidentes y también debe elaborar un plan de gestión de residuos⁶.

- Transporte intracentro:

- Se recomienda que los residuos sanitarios se transporten a su almacén periódicamente, sin exceder estos, periodos de 12 horas.
- Los contenedores han de limpiarse en lugares adecuados con detergentes y agua a presión.
- No hay que dejar bolsas ni recipientes en lugares no previstos para este fin.
- Hay que utilizar bolsas adecuadas, para prevenir la rotura de las mismas durante el transporte, pues resultaría un problema importante.
- El personal que transporte los residuos ha de ir equipado con guantes resistentes a pinchazos por material punzante como agujas, vidrios,... y también dispones de ropa exclusiva para este fin y el acceso de un baño con ducha y ropa limpia¹.

- Almacenamiento de los residuos sanitarios:

Se podrán almacenar en un mismo edificio, un máxima de 72 horas, si el almacén esta refrigerado ($T < 4^{\circ}\text{C}$) este período puede alargarse a una semana. El almacén ha de cumplir la normativa en vigor y se ha de poder cerrar y tener fácil acceso.

El almacén no ha de estar en la intemperie y su acceso estará limitado al personal autorizado¹

- Gestión extracentro:

Engloba la recogida, transporte, almacenamiento, tratamiento y eliminación de los residuos, así como vigilancia y control de estas operaciones

La periodicidad de la recogida no debe superar las 72 horas y si así fuera, se realizará con transporte refrigerado.

El transporte debe de cumplir la normativa vigente de mercancías peligrosas y observar el resto de medidas de prevención. También ha de observarse que todos los envases y contenedores están correctamente etiquetados, incluyendo los datos del productor⁶.

RESIDUOS TIPIFICADOS EN NORMATIVAS SINGULARES O TIPO IV:

Estos residuos desde el punto de vista higiénico y medioambiental necesitan requerimientos especiales. Los distintos residuos que se incluyen en este apartado son:

- Residuos citostáticos: restos de medicamentos que no van a ser más utilizados y materiales que hayan estado en contacto con algún medicamento.
- Restos de sustancias químicas: residuos contaminados con sustancias o productos químicos.
- Medicamentos caducados.
- Aceites minerales y sintéticos.

- Residuos con metales.
- Residuos anatómicos humanos: cadáveres.
- Residuos radiactivos*: estos residuos poseen isótopos radiactivos* y poseen un alto grado de peligrosidad. Las radiaciones pueden ser ionizantes y no ionizantes, es ionizante cuando al interactuar con la materia se produce la ionización de los átomos de la misma. Los distintos tipos son: radiaciones alfa, beta, gamma y rayos X. La utilización de fuentes radiactivas exige medidas preventivas, protección radiológica* de los trabajadores para prevenir la producción de efectos biológicos estáticos y no estáticos. El tratamiento, recogida y eliminación es competencia exclusiva de ENRESA (Empresa Nacional de Residuos Radiactivos. S.A)¹.

RADIACIONES IONIZANTES

- Exposición a la radiación

Las radiaciones ionizantes, al interaccionar con el organismo, provocan alteraciones debido a la ionización provocada en las células y los tejidos. Esta acción puede ser directa o indirecta aunque normalmente sucede una mezcla de ambos procesos. El daño producido puede ser al propio individuo o puede producir efectos en las generaciones posteriores. Este daño biológico afecta a las moléculas del ADN y puede llegar a producir mutaciones. La exposición a estas radiaciones ionizantes debe estar por debajo de los valores asociados a los límites de dosis existentes

El límite de dosis* efectiva para trabajadores es de 100 mSv* durante un periodo de 5 años consecutivos, el límite de dosis para el cristalino es de 150 mSv por año oficial, para la piel será de 500 mSv por año oficial y para las manos, antebrazos, pies y tobillos es de 500 mSv por año oficial⁷. En caso de embarazo no puede pasar de 1mSv y los lactantes no deben tener riesgo de contaminación radiactiva*.

Para medir estas radiaciones existen unos instrumentos de lectura directa, normalmente portátiles, que nos indican la tasa de radiación acumulada. El personal sanitario utiliza los dosímetros*, son medidores diseñados para medir la dosis de radiación acumulada en un periodo de tiempo largo. Mide la dosis a la que está expuesto el trabajador que permanece en sitios donde existe el riesgo de irradiación⁸.

- **Medidas de protección contra la radiación**

Estas medidas deben ser utilizadas para disminuir el nivel de exposición y el número de personas expuestas lo máximo posible, intentando no superar los límites de dosis establecidos. Para ello deben evaluar las condiciones laborales para determinar el riesgo radiológico, se clasifican los lugares de trabajo en diferentes zonas y también a los trabajadores expuestos en diferentes categorías según sus condiciones de trabajo, se aplican normas y medidas de vigilancia y control relativas a las diferentes zonas, incluida la vigilancia individual y la sanitaria⁷.

Existen 3 reglas fundamentales de protección que son la distancia, ya que debemos alejarnos todo lo que podamos de la fuente de radiación. El blindaje, ya que debemos protegernos de la fuente de radiación mediante pantallas protectoras, laminas de plomo y cristales enriquecidos en plomo. Y por último el tiempo, por lo que debemos disminuir la duración de exposición.

Algunos instrumentos utilizados son los lentes plomados, los guantes plomados, delantales plomados, cuellos tiroideos, biombos plomados, vidrios plomados, protectores de bismuto y blindaje⁸.

CLASIFICACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LAS ZONAS EXPUESTAS A RADIACIÓN EN EL HOSPITAL

Las zonas del hospital donde se manipulen generadores de radiaciones ionizantes o se almacenen radioisótopos deben estar señalizadas y bien delimitadas, en función del riesgo que existe en las instalaciones se clasifican en distintos tipos de zonas⁷:

- Zona de libre acceso: Es aquella en la que es casi improbable recibir dosis superiores a 1/10 de los límites anuales de dosis, por lo que no es necesario tomar medidas de protección.
- Zona vigilada: Es aquella en la que no es improbable recibir dosis superiores a 1/10 de los límites de anuales de dosis pero en la que es muy improbable recibir dosis superiores a 3/10.

- Zona controlada: Es aquella en la que no es improbable recibir dosis superiores a $3/10$ de los límites de dosis legalmente fijados.
- Zona de permanencia limitada: Es aquella en la que existe riesgo de recibir una dosis superior a los límites de dosis legalmente fijados.
- Zona de acceso prohibido: Es aquella en la que existe riesgo de recibir en una exposición única, dosis superiores a los límites legalmente fijados.

Para llevar a cabo un buen control radiológico los trabajadores expuestos se clasifican en dos categorías:

- Categoría A: Aquellos trabajadores que podrían recibir dosis superiores a $3/10$ de los límites legalmente fijados.
- Categoría B: Aquellos trabajadores que es muy improbable que reciban dosis superiores a $3/10$ de los límites legalmente fijados.
- En las zonas controladas los trabajadores que pertenecen a la categoría A deben utilizar de forma obligatoria la dosimetría* individual, en el caso de los trabajadores de categoría B no están obligados al uso de dosímetro* personal mientras se dispongan de dosímetros de área.

La dosimetría individual tanto externa como interna será efectuada por entidades o instituciones expresamente autorizadas y supervisadas por el consejo de seguridad nuclear.

En las zonas vigiladas y controladas se deberá efectuar periódicamente una medida ambiental de la radiación que permita indicar su naturaleza, su cuantificación y el nivel de dosis recibida al igual que el límite de dosis*⁸.

EFECTOS BIOLÓGICOS Y ETIOPATOGENIA DE LAS RADIACIONES IONIZANTES

Los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes podemos clasificarlos en:

Efectos no estocásticos: Son aquellos que ocurren cuando ha habido una pérdida de la función tisular, el número de células afectadas aumenta rápidamente con la dosis y el daño de la función tisular se hace evidente por encima de una dosis umbral, la cual es específica para cada tejido, pueden ocasionar daños a nivel tisular, opacidades en el cristalino (de 2 a 10 Gy*) e infertilidad entre otros⁹.

Los efectos estocásticos: Son aquéllos cuya probabilidad de ocurrencia se incrementa con la dosis recibida, así como con el tiempo de exposición. No tienen una dosis umbral para manifestarse, son los efectos genéticos y el cáncer los que adquieren mayor relevancia entre los que cabe destacar el cáncer pulmonar, las anemias ocasionadas por radiolesiones de la médula ósea y leucemia⁹.

Es importante mencionar que las trabajadoras embarazadas expuestas a las radiaciones ionizantes no deben recibir en la superficie del abdomen una dosis mayor de 0,002 Sv desde el momento en que toman conciencia del embarazo hasta el final de la gestación⁹.

BIBLIOGRAFIA

(1) Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales España. NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_372.pdf

(2) Llorente Álvarez Susana, Arcos González Pedro, González Estrada Rafael. Evaluación de la gestión hospitalaria de residuos sanitarios en el Principado de Asturias. Rev. Esp. Salud Pública [revista en la Internet]. 1997 Mar [consulta 25 de noviembre 2018] ; 71(2): 189-199. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271997000200010&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557271997000200010&lng=es)

(3)Girbaua MR, Galimanyb J, Salasa K, Roige A, Llum Torrensc. Gestión de residues ¿Conocemos lo que saben y piensan?.Nursing. [revista en la Internet]. 2006 [consulta 25 de noviembre 2018] Volumen 24, Número 6. Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13090205&pident_usuario=QINPBA1OHUQV&pcontaktid=&pident_revista=20&ty=155&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=20v24n06a13090205pdf001.pdf

(4)Fernández, MM. Gestión de residuos sanitarios. Aragón: Área Medio Ambiente UGT Aragón. [internet] [consultado 23 de noviembre 2018] Disponible en:

<http://medioambiente.ugtaragon.es/Articulos/GestionRSanitarios.pdf>

(5) Arcos González PI, Bances Álvarez D. La gestión de los residuos sanitarios. Oviedo. Servicio central de publicaciones del Principado de Asturias. 2ª Edición; 1994. [Internet][consulta 22 de noviembre 2018]

Disponible en:

<http://books.google.es/books?id=oCGZMQPIda4C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

(6) Instituto nacional e higiene en el trabajo. Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales España. NTP 838: Gestión de residuos sanitarios [internet] [consultado 22 de noviembre 2018] Disponible en:

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/821a921/838%20web.pdf>

(7)Residuos y Suelos contaminados. Ley 22/2011 de 28 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 181, (29 de julio de 2011) [internet][consulta 22 de noviembre 2018] Disponible en:

<http://www.boe.es/boe/dias/2011/07/29/pdfs/BOE-A-2011-13046.pdf>

(8)GarciaEscandón Fernando, Fernández Gonzalez Maria Amparo, CastellSalva Rafael, ValsFontanalsAgustín. Protocolo de vigilancia sanitaria específica de salud laboral. Radiaciones ionizantes. Ministerio de sanidad y consumo.España. 2005

(9) Borrás, Cari· Efectosbiológicos de lasradiacionesionizantes, Elsevier Form Med ContinAten Prim.2012; 19 :68-77 - vol.19 núm 02.Washington DC. EstadosUnidos

TEMA 134. TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE.

ELISA BAUTISTA ALARCÓN

ANA CANO TURPÍN

EVA PÉREZ PARRA

FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIÁ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CASO CLÍNICO**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La esclerosis múltiple es una enfermedad del SNC de carácter crónico y degenerativo que puede llegar a provocar un alto grado de incapacidad, ocasionando pérdida en la calidad de vida del paciente. La fisioterapia puede ayudar a las personas afectadas de EM a conseguir una mejora de su calidad de vida. La EM se caracteriza por la variabilidad de formas clínicas en que puede presentarse.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 40 años de edad, con diagnóstico definitivo de EM desde hace 10 años, en tratamiento farmacológico con Interferón. La paciente presenta una forma recurrente-remitente que se caracteriza por la aparición de episodios de disfunción neurológica más o menos reversibles, que se repiten en el tiempo y que a medida que aparecen van dejando secuelas funcionales neurológicas.

CASO CLÍNICO

La característica más relevante que presenta es la fatiga y a nivel emocional presenta sintomatología depresiva como consecuencia del proceso de adaptación a la EM. Existe debilidad muscular en el hemicuerpo izquierdo, con hipotonía generalizada más acentuada en miembro inferior. Los recorridos articulares están conservados. La paciente es independiente para la marcha con aumento de la base de sustentación y sin ningún tipo de apoyo ni de ayuda externa. Hay alteración moderada en los movimientos de coordinación. Se le pauta tratamiento fisioterápico de dos días por semana tras la aparición de un brote.

CASO CLÍNICO

Se implanta un programa de ejercicios encaminado a mejorar los déficits del hemicuerpo izquierdo basados en movilizaciones activas y activo-resistidas de miembros inferiores, ejercicios de tonificación de abdominales, glúteos y músculos de miembros inferiores. Estiramiento de isquiotibiales, cuádriceps, gemelos. Ejercicios de Frenkel y de Kabat para miembro superior. Trabajo de equilibrio sobre plano inestable con balón de Bobath y plato de Freeman. Reeducción de la marcha y ejercicio de mímica facial frente al espejo.

Observamos una mejoría notable en cuanto a los ejercicios de coordinación y ganancia de equilibrio y menos notable en cuanto a recuperación de fuerza muscular en miembro inferior izquierdo más afecto.

BIBLIOGRAFÍA

- Pelegrín Molina M.A. Fisioterapia en esclerosis múltiple. Fisiología y calor. 2001; Volumen IV: 5-21.
- Terre-Boliart R., Orient-López F. Tratamiento rehabilitador en la esclerosis múltiple. Rev neuro. 2007; 44 (7): 426-431.
- cun.es [Internet]. Navarra: Universidad de Navarra; 2019. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/esclerosis-múltiple>

TEMA 135. MANEJO DEL PACIENTE PALIATIVO.

DAVID PÉREZ BERENGUER

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **CONCEPTO**
- **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**
- **CONTROL DE SÍNTOMAS**
- **AYUDA Y SOPORTE EMOCIONAL AL PACIENTE Y A SU
FAMILIA**
- **CONCLUSIONES**

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos alivian el sufrimiento y mejoran la calidad de vida de los que viven y de los que mueren. Cada año, más de 30 millones de personas sufren de modo innecesario dolor intenso y otros síntomas. Los cuidados paliativos no es sólo cuidar en los últimos días de vida, sino que trata de alejar o sobrellevar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida en el tiempo en una enfermedad incurable.

CONCEPTO

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionada con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a seis meses.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Entre las características de los pacientes terminales es la presencia de múltiples síntomas, multifactoriales y cambiantes, lo cual conlleva una gran cantidad de problemas de salud no sólo físicos, sino también psicoafectivos, sociales y espirituales.

Principales síntomas en el paciente terminal:

Anorexia

Dolor

Ansiedad

Estreñimiento

Boca seca

Insomnio

Depresión

Trastornos de la micción

Debilidad

Pérdida de peso

Confusión

CONTROL DE SÍNTOMAS

Dolor

- El previo a la situación de últimos días/agonía
- Por encamamiento
- Por cambios posturales/higiene
- Por úlceras
- Por retención de orina/fecal

.

Manejo del dolor

- Actitud proactiva en detección y evaluación (expresión facial, agitación, intranquilidad)
- Mantener tratamiento analgésico y adecuar vía de administración
- Tratamiento base + extras (en crisis y preventivos)
- Tratamiento no farmacológico: postura de confort, contacto físico

CONTROL DE SÍNTOMAS

Agitación/delirium

- Estado confusional agudo que resulta de una disfunción cerebral.
- Es un factor independiente de mal pronóstico de supervivencia a corto plazo.
- Tratar posibles causas reversibles: dolor, fecaloma, ansiedad, postura incomoda
- Tratamiento farmacológico: neurolepticos, Benzodiazepinas
- Tratamiento no farmacológico: educación a la familia

CONTROL DE SÍNTOMAS

Tratamiento no farmacológico:

- Evitar estimulación sensorial: ambiente tranquilo,
- Evitar voces altas, luz suave
- Explicar a familia/cuidados como actuar: Evitar confrontaciones con el paciente
- Transmitir confianza y seguridad
- Evitar restricciones físicas
- Vigilar y evitar situaciones de riesgo
- Facilitar reorientación del enfermo

CONTROL DE SÍNTOMAS

Estertores

Ruido que provoca el aire al pasar por las vías respiratorias de un paciente con secreciones respiratorias que no pueden ser expectoradas. Es un síntoma frecuente en la situación de agonía, ya que su incidencia se ha reportado entre el 40 y el 60% de los pacientes.

Farmacológico: Tratamiento precoz con anticolinérgico (buscapina, escopolamina) antes de estertores audibles.

CONTROL DE SÍNTOMAS

No farmacológico:

- Medidas posturales: Decúbito lateral con la cabeza inclinada hacia delante y piernas flexionadas
- Contener el impacto que genera este síntoma en la familia
- Desangustiar a la familia respecto al malestar que ocasionan las secreciones
- Explicar inutilidad de la aspiración de secreciones y lo agresivo de la maniobra. Reservada para situaciones en que las secreciones se acumulan en la boca. Debe ser una maniobra puntual y rápida. En paciente ingresado.

CONTROL DE SÍNTOMAS

Fiebre

Farmacológico:

- Tratar si causa disconfort: intranquilidad, diaforesis profusa, escalofríos
- Ketorolaco s/c, paracetamol, nolotil

No farmacológico:

- Medidas físicas
- Ropa ligera
- Evitar ambiente caluroso
- Evitar medidas que puedan producir disconfort (compresas demasiado frías)
- Educación a la familia

CONTROL DE SÍNTOMAS

Disnea Tratamiento

Farmacológico:

- Morfina/Benzodiazepinas
- Oxígeno: se puede utilizar si el paciente siente alivio (gafas nasales)

No farmacológico:

- Compañía tranquilizadora
- No dejar nunca solo al enfermo
- Medidas posturales

AYUDA Y SOPORTE EMOCIONAL AL PACIENTE Y A SU FAMILIA

La forma en que una familia aborda el problema del cuidado de un miembro de la familia que se encuentra en fase terminal es diferente, considerando que existen distintos tipos de familia y distintos niveles de salud familiar.

- Saber escuchar: Saber escuchar es un requisito importante si queremos que la intervención resulte terapéutica, ya que permite comprender de forma adecuada las dificultades del paciente, además de que mantiene en un nivel adecuado nuestra motivación por la persona y las circunstancias por las que está pasando.

AYUDA Y SOPORTE EMOCIONAL AL PACIENTE Y A SU FAMILIA

- Saber preguntar: las preguntas dirigidas al paciente deben ser abiertas con objeto de no limitar las respuestas del paciente a simples «sí» o «no» equivalentes, sino para obtener información detallada y más extensa de la experiencia vivida por el paciente y de la cual estamos hablando.

AYUDA Y SOPORTE EMOCIONAL AL PACIENTE Y A SU FAMILIA

- Actitud empática: La actitud empática o empatía puede definirse como la capacidad que tienen las personas para comprender a otras personas o identificarse con ellas. Esto supone adoptar en la medida de lo posible el marco de referencia «del otro» para que esta comprensión sea sustancialmente mayor. Este soporte emocional, cuando se realiza de forma adecuada, permite que tanto los pacientes como sus familiares atraviesen esta etapa o estos acontecimientos con unas capacidades de adaptación que se ven reforzadas al haber tenido y seguir teniendo la posibilidad de expresar todas aquellas dudas y preocupaciones que de manera inevitable se plantean todas las personas en la última etapa de su vida.

CONCLUSIONES

- Los cuidados paliativos son una especialidad multidisciplinaria dedicada a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades graves y apoyar a sus familiares. Su modelo de atención está dirigido a reducir la carga sintomática y a atender las necesidades psicosociales, trabajando con los pacientes, sus familias y los médicos para alcanzar una coincidencia en los objetivos de la atención del paciente.

Más que simplemente asistir al fin de la vida, los equipos de cuidados paliativos están disponibles para ayudar a los pacientes de cualquier edad y en etapa de una enfermedad grave y a sus familias, incluyendo aquellos que están activamente sometidos a terapias dirigidas a su enfermedad.

CONCLUSIONES

En particular, los cuidados paliativos parecen producir un mayor beneficio para los pacientes y sus familias cuando se aplican precozmente en el curso de la enfermedad. Esto conduce a una atención más eficaz y eficiente asociada al ahorro de costos sin descender la calidad de la atención.

BIBLIOGRAFÍA

- **Antonio Frías Osuna. Enfermería comunitaria. 1º Edición. Barcelona: MASSON; 2000.**
- **Augusto Caraceni, Robin Fainsinger, Kathleen Foley. Medicina Paliativa. 1º Edición. Barcelona: Elsevier; 2010.**
- **Amor Andrés, Pedro Javier, Apezetxea Celaya, Antxon, Arango Pujal, Milton O. Medicina paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria. 1º Edición. Buenos Aires: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y Paliativos Sin Fronteras; 2012.**

TEMA 136. OBESIDAD INFANTIL.

M^a CRISTINA RODRÍGUEZ SIERRA

ÍNDICE

1. RESUMEN.
2. CAUSAS.
3. FACTORES DE RIESGO.
4. COMPLICACIONES.
5. PREVENCIÓN.
6. CONCLUSIÓN.

RESUMEN

Todas las autoridades sanitarias internacionales, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS) coinciden en señalar que la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI y afecta a la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo.

La prevalencia de la obesidad infantil está aumentando a un ritmo que se considera alarmante.

En España, por ejemplo, un 21,2% de niños de entre 3 y 12 años tiene sobrepeso y un 7,1% son obesos. El problema es que los especialistas estiman que el 80% de los niños y adolescentes que ahora tienen sobrepeso o son obesos, si no se adoptan las medidas necesarias, seguirán siéndolo cuando lleguen a la edad adulta.

CAUSAS

Los problemas relacionados con el estilo de vida (como hacer muy poca actividad y consumir alimentos y bebidas con muchas calorías) son los principales causantes de la obesidad infantil. Sin embargo, algunos factores genéticos y hormonales también podrían tener un papel importante. Por ejemplo, en investigaciones recientes, se ha descubierto que los cambios en las hormonas digestivas pueden afectar las señales que te hacen sentir que estás satisfecho.

FACTORES DE RIESGO

Muchos factores, que generalmente funcionan conjuntamente, aumentan el riesgo de que tu hijo tenga sobrepeso:

Dieta: Si tu hijo come alimentos con alto contenido calórico, como comidas rápidas, productos horneados y bocadillos de máquinas expendedoras, puede aumentar de peso. Los dulces y los postres también pueden causar aumento de peso, y cada vez hay más evidencia que apunta a las bebidas azucaradas, inclusive los jugos de fruta, como culpables de la obesidad en algunas personas.

Falta de ejercicio: Los niños que no hacen mucho ejercicio tienen más probabilidades de aumentar de peso porque no queman muchas calorías.

FACTORES DE RIESGO

También contribuye al problema, pasar demasiado tiempo dedicado a actividades sedentarias, como mirar televisión o jugar videojuegos.

Factores hereditarios: Si tu hijo proviene de una familia de personas con sobrepeso, es más probable que suba de peso. Esto es especialmente cierto en un entorno donde siempre hay alimentos disponibles que son ricos en calorías y no se fomenta la actividad física.

Factores psicológicos: El estrés personal, parental y familiar puede aumentar el riesgo de un niño de padecer obesidad.

FACTORES DE RIESGO

Algunos niños comen en exceso para enfrentar los problemas o para lidiar con las emociones, como el estrés, o para combatir el aburrimiento. Sus padres pueden presentar tendencias similares.

Factores socioeconómicos: Las personas de algunas comunidades tienen recursos limitados y acceso limitado a los supermercados. Como resultado, es posible que compren comidas semi-preparadas que no se echen a perder rápidamente, como las comidas congeladas, las galletas saladas y las galletas dulces. Además, puede que las personas que viven en vecindarios de bajos ingresos no tengan acceso a un lugar seguro para hacer ejercicio.

COMPLICACIONES

La obesidad infantil puede tener complicaciones para el bienestar físico, social y emocional del niño.

Complicaciones físicas

Diabetes tipo 2: Esta enfermedad crónica afecta la forma en que el cuerpo de tu hijo utiliza el azúcar (glucosa).

La obesidad y un estilo de vida sedentario aumentan el riesgo de diabetes tipo 2.

Síndrome metabólico: Este grupo de enfermedades puede poner a tu hijo en riesgo de enfermedad cardíaca diabetes u otros problemas de salud.

Las enfermedades incluyen presión arterial alta, azúcar en la sangre alta, triglicéridos altos, colesterol de lipoproteínas de alta densidad bajo ("bueno") y exceso de grasa abdominal.

COMPLICACIONES

Colesterol alto y presión arterial alta: Una mala alimentación puede hacer que tu hijo desarrolle una o ambas enfermedades. Estos factores pueden contribuir a la acumulación de placas en las arterias, lo cual puede hacer que las arterias se estrechen y se endurezcan, lo que podría conducir a un ataque cardíaco o un accidente cerebrovascular en el futuro.

Asma: Los niños con sobrepeso u obesos pueden tener más probabilidades de sufrir asma.

Trastornos del sueño: La apnea obstructiva del sueño es un trastorno potencialmente grave en el que la respiración de un niño se detiene y vuelve a comenzar repetidamente durante el sueño.

COMPLICACIONES

Enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD): Este trastorno, que generalmente no causa síntomas, hace que se acumulen depósitos de grasa en el hígado. La enfermedad del hígado graso no alcohólico puede conducir a cicatrización y daño hepático.

Fractura de huesos: Los niños obesos tienen más probabilidades de sufrir quebraduras de huesos que los niños con un peso normal.

Complicaciones sociales y emocionales

-Baja autoestima y ser objeto de intimidaciones:

Los niños muchas veces se burlan de sus compañeros con sobrepeso o los hostigan y, como resultado, estos sufren una pérdida de la autoestima y tienen un mayor riesgo de sufrir depresión.

COMPLICACIONES

-Problemas de comportamiento y aprendizaje. Los niños con sobrepeso tienden a tener más ansiedad y menos habilidades sociales que los niños de peso normal. Estos problemas podrían ocasionar que los niños que tienen sobrepeso se comporten mal y causen alboroto en el aula o que se aíslen socialmente.

-Depresión. La baja autoestima puede crear sensaciones abrumadoras de desesperanza que pueden provocar depresión en algunos niños que tienen sobrepeso.

PREVENCIÓN

Si tu hijo tiene riesgo de sobrepeso o si tiene un peso saludable, puedes adoptar medidas para corregirlo o mantenerlo en el camino correcto.

- Limita la cantidad de bebidas azucaradas que toma tu hijo, o evítalas por completo.
- Dale muchas frutas y verduras.
- Come en familia tanto como sea posible.
- Limita la cantidad de veces que comen fuera de casa, en especial en restaurantes de comida rápida; cuando lo hagan, enseña a tu hijo a elegir las opciones saludables.
- Adapta los tamaños de las porciones según la edad.

PREVENCIÓN

-Limita las horas frente a la televisión o a una pantalla a menos de 2 horas al día para los niños mayores de 2 años y no permitas que los niños menores de 2 años vean televisión.

-Asegúrate de que tu hijo duerma lo suficiente.

-Además, asegúrate de que tu hijo visite al médico para los análisis de rutina al menos una vez al año.

Durante la consulta, el médico mide la altura del niño y lo pesa, y calcula su IMC.

El aumento del IMC o del rango porcentual del niño en el transcurso de un año es un posible signo de que tu hijo corre riesgo de tener sobrepeso.

CONCLUSION

Casi todos los factores asociados a la obesidad infantil están relacionados con el estilo de vida.

Por eso es recomendable una buena educación temprana con respecto a los hábitos alimenticios, dietas balanceadas que se encarguen de ofrecerle las vitaminas y minerales necesarias para el cuerpo.

La enseñanza de realizar alguna actividad física o la practica de algún deporte que lo ayude a mantenerse sano y con buena forma es fundamental, la costumbre desde temprana edad de dieta y ejercicios, creara el habito de una vida sana y por tanto el éxito en el control de peso.

Descartar el mito de obesidad igual a estética, tener presente que obesidad es igual a enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Clinic Mayo

www.sanitas.es

www.obesidadinfantilblogspot.com

TEMA 137. CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE LOS PIES DE LAS PERSONAS DIABÉTICAS.

**MARIA JENNIFER PEREZ RUANO
HELGA GUIO MARTINEZ**

ÍNDICE

- OBJETIVOS
- METODOLOGIA
- RESULTADOS
- CONCLUSIONES

OBJETIVOS

El objetivo general es conocer los aspectos que debe tener en cuenta cualquier profesional auxiliar de enfermería en el cuidado de un pie diabético. Los

objetivos específicos son:

- Conocer el procedimiento a seguir en la higiene podal diaria
- Estudiar posibles signos que puedan precisar la derivación a otro profesional

METODOLOGIA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en Google Scholar, para ello se han seleccionado las palabras claves: oxigenoterapia y cuidados. Se seleccionaron cuatro artículos publicados posteriormente a 2008, en inglés y en español.

RESULTADOS

Un pie diabético constituye la manifestación de la neuropatía diabética, que se encuentra agravada por la insuficiencia vascular y alto riesgo de infección. Este pie puede evolucionar por traumatismos, calzado muy estrecho, heridas, úlceras, necrosis... Los factores de riesgo para desarrollar esta complicación son: edad avanzada, mal control de la enfermedad por un periodo prolongado, colesterol, tensión arterial elevada, tabaquismo e higiene deficiente.

El personal auxiliar de enfermería se haya en una posición privilegiada para detectar posibles complicaciones durante la realización de la higiene diaria, por ello se debe aprovechar este momento para inspeccionar los pies:

- Vigilar la posible aparición de lesiones, grietas, hongos...
- Observar todo el pie y las regiones interdigitales
-

- Ser muy cuidadoso en el recorte y limpieza ungueal

La piel debe ser limpiada a diario, con agua y jabón neutro, y posteriormente secada con una toalla suave (con cuidado también entre los dedos). Se debe utilizar una crema hidratante en la generalidad del pie, salvo en las regiones interdigitales. Nunca se debe realizar la limpieza con agua a temperatura superior a 37°C y tampoco dejar en remojo.

Si se va a realizar el cuidado de las uñas se debe tener en cuenta que deben cortarse rectas, sin apurar, preferiblemente con una lima (en caso de utilizar tijeras deben ser de punta roma). Nunca dejar picos que puedan herir los dedos proximales. En caso de uñas gruesas o deformes derivar a un profesional de la podología.

.

En caso de que se observe la presencia de heridas se debe consultar con su enfermera. Mientras es valorado la herida debe lavarse con agua y jabón y secarse bien. Se tapará con una gasa y esparadrapo, además de evitar la compresión local y el uso de pomadas en la herida. Nunca ignorar una herida en estos pacientes aunque no presenten dolor.

CONCLUSIONES

Los profesionales de los cuidados auxiliares de enfermería se encuentran en una posición clave para detectar y prevenir posibles complicaciones de un pie diabético. Unos correctos cuidados de estos pies pueden ayudar a prevenir complicaciones o detectarlas a tiempo para evitar problemas mayores.

TEMA 138. PACIENTE TERMINAL IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.

LORENA BERDASCO RAMÍREZ

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. METODOLOGÍA**
- 3. RESULTADOS**
- 4. DISCUSIÓN**
- 5. CONCLUSIONES**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

En el siglo XX, el número de personas mayores de 60 años ha sufrido un fuerte incremento a nivel mundial, debido principalmente a la calidad de vida y al continuo avance de la ciencia y la medicina, este incremento lleva consigo un aumento de la esperanza de vida.

Dicho aumento, va ligado a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, especialmente enfermedades reumáticas, accidentes cerebro vasculares, demencias, alzheimer, parkinson etc. Las cuales originan graves discapacidades, al mismo tiempo que dependencia de otras personas, el avance de estas enfermedades es progresivo y suele avanzar rápidamente, generando en la mayor parte de los casos una situación terminal irreversible, que puede conllevar a la muerte.

- **Paciente terminal:** Consideramos paciente terminal, aquel paciente en el que su enfermedad está en una fase que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ellos conlleva a la muerte en un tiempo variable, generalmente inferior a 6 meses, lo que conlleva un continuo sufrimiento, físico como psicológico en el paciente y su familia.
- **Equipo de cuidados paliativos:** El Equipo de cuidados paliativos tiene como finalidad mejorar la atención y calidad de vida del paciente terminal, respetarán la autonomía del paciente y sus creencias, prestarán apoyo al paciente y sus familiares.
- **Equipo de enfermería;** Prestará un servicio de calidad, se implicará en la evolución de la enfermedad, identificando los síntomas, tomando nota de los mismos, también servirán de apoyo al paciente y a sus familias.

➤ **Enfermero equipo cuidados paliativos.** Se centrará en las necesidades generales u específicas del paciente, escuchará al paciente y le prestará la ayuda que necesite en cada momento, teniendo en cuenta; Que la finalidad del enfermero no es curar, si no cuidar.

METODOLOGÍA

Se utilizaron los siguientes descriptores de salud; cuidados paliativos, enfermeros, tratamiento, muerte y familia.

RESULTADOS

- ✓ Se han encontrado abundantes referencias que tratan sobre cuidados paliativos, considerando la mayor parte de las mismas a la muerte como; Un hecho que no se puede evitar, poniendo fin a la vida. Por ello los cuidados paliativos tienen que prestar un apoyo integral al paciente, así como a su familias, siendo de suma importancia además de aliviar los síntomas, tener en cuenta los valores espirituales y psicológicos de las personas.

La mayor parte de los resultado obtenidos indican, que se debe prestar una mayor atención;

- ✓ Al control de síntomas, a nivel social (miedos e incertidumbres), somático (dolor, confusión, inmovilidad), así como emocional (ansiedad, depresión), siendo el dolor el síntomas más destacado.

- ✓ A fomentar la autonomía. Entendiéndose por autonomía la capacidad para realizar actos con conocimiento de causa, con la información necesaria y en ausencia de coacción.
- ✓ A efectuar una evolución constante; Identificando situaciones cambiantes que deterioren la calidad de vida del paciente. Suspendiendo los medicamentos que no sean necesarios, no dejando de prestar la oportuna atención a los cuidados básicos.

DISCUSIONES

- ❑ Según algunos profesionales sanitarios, el nivel de dependencia de la población depende del nivel de formación de la misma, ya que dependiendo de esta, el paciente tendrá un mejor acceso y utilizará mejor los recursos disponibles, evitando así riesgos innecesarios, circunstancia que no es del todo compartido por otros profesionales sanitarios.
- ❑ Otra cuestión que origina abundante controversia, es el hecho de que la atención paliativa se encuentra principalmente enfocada a los pacientes oncológicos, dejando en un segundo plano a otras enfermedades crónicas que en su etapa final, originan un fuerte impacto psicológico y emocional, en la que también son necesarios los cuidados paliativos.
- ❑ También existen bastantes diferencias respecto a la atención integral paliativa, por el hecho de no facilitar la accesibilidad también a los niños, observándose que pocos son los equipos de paliativos pediátricos con personal especializado.

CONCLUSIONES

- ❑ La escasa fecundidad y la disminución de la mortalidad, junto con un aumento de la esperanza de vida, adquiere una gran importancia en la sanidad y muy especialmente para los profesionales de enfermería, que tiene como labor prestar un servicio de calidad y adquirir una formación adecuada en cuidados paliativos.
- ❑ Los cuidados paliativos tienen como finalidad mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, aliviando la sintomatología, principalmente el dolor mediante una evaluación continua desde el inicio de la enfermedad hasta el desenlace final.
- ❑ Todos los cuidados deben ser individualizados, considerando la muerte como un proceso natural. Fomentando en lo posible la autonomía del paciente, hasta el fin de sus días.

BIBLIOGRAFÍA

- Abades, M. y Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos* , 23(4),151-155.
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Rodríguez-Laso, A., Aguilar, M. D. y Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población Española. *Revista Española de salud pública*, 78 (2), 201-213.
- Llanes, C. (2015). Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 14(1), 89-96.
- Moreno, F. y Novellas, A. (2009). Proceso de muerte; experiencia de un registro enfermero como soporte al profesional de cuidados paliativos. *Enfermería Global*, (16).

- Pascual, A., Alonso, A., Ballester, R., Díez, R., Duarte, M. y García, C. (2007). *Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo.

**TEMA 139. EFICACIA DE UN
PROGRAMA ERGONÓMICO FRENTE A
UN PROTOCOLO DE EJERCICIOS EN
EL DOLOR LUMBAR CRÓNICO.**

**EVA PÉREZ PARRA
CARMEN ORTIZ GIMENEZ
ELISA BAUTISTA ALARCÓN
FRANCISCO JAVIER PIÑERA JULIÁ**

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVO**
- **METODOLOGÍA**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIÓN**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La prevención del dolor lumbar es importante, por la incapacidad físico/laboral que sufre el paciente y como consecuencia, el impacto económico al sistema sanitario. La fisioterapia es muy utilizada en el tratamiento del dolor lumbar y las técnicas más utilizadas son la estimulación eléctrica transcutánea, la masoterapia y el microondas, para resolver el problema a corto plazo, pero para mantener esos efectos positivos hay que instruir al paciente para que adopte normas ergonómicas correctas.

La estructura del cuerpo humano se organiza para responder a la necesidad de relacionarse con el entorno: observar, palpar, oler, escuchar, etc. Para ello obedece a 3 leyes: Equilibrio, Economía y Confort. El cuerpo en posición estática y cuando está en actividad adopta actitudes confortables y esquemas corporales adaptados con el objetivo de mantener el equilibrio para evitar el dolor.

Las posturas estáticas mantenidas durante mucho tiempo, las posiciones que adquirimos haciendo que aumenten las curvaturas fisiológicas de nuestra columna; el realizar esfuerzos grandes o movimientos repetitivos y la realización de movimientos bruscos o posturas forzadas, hacen que toda nuestra columna sufra pudiendo causar patologías.

OBJETIVOS

Objetivo general de nuestro estudio:

El objetivo de nuestro estudio es determinar la eficacia de un protocolo de tratamiento de ejercicios más la aplicación de normas ergonómicas para las AVD, frente al mismo protocolo de tratamiento sin dichas normas, en pacientes con dolor lumbar de más de 6 meses de evolución, para reducir el dolor y aumentar la funcionalidad a largo plazo.

Objetivos específicos:

Un objetivo específico es fomentar la prevención del dolor a través de la adquisición de hábitos y normas posturales que deben formar parte de nuestro día a día.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio de investigación aplicada. Es un ensayo clínico controlado, aleatorizado, con un seguimiento de un mes. Es un estudio piloto de 4 pacientes por grupo. Los grupos quedaron constituidos de la siguiente manera:

-Grupo A: (Experimental): a este grupo se le aplica un protocolo de ejercicios terapéuticos para dolor lumbar y se les instruye en un programa de normas ergonómicas.

-Grupo B: (Control): a este grupo se le aplica el protocolo de ejercicios terapéuticos para dolor lumbar.

Los comparamos para comprobar la efectividad de la ergonomía en la reducción del dolor lumbar crónico ya que es un método no-invasivo, muy seguro, muy fácil de llevar a cabo y que puede tener beneficios para el dolor lumbar a largo plazo.

RESULTADOS

Llevada a cabo nuestra investigación observamos que los pacientes sometidos a tratamiento con el programa de ejercicios solamente, mejoran durante el mes de tratamiento. Los pacientes que se tratan con programa de ejercicios y se les instruye en el programa de ergonomía mejoran al igual que los del otro grupo pero en ellos observamos cierta mejoría en situaciones como por ejemplo estar sentado, dormir, manejo de cargas....Es decir, las normas ergonómicas dan resultado porque cuando se lleva a cabo una buena higiene postural en las situaciones de nuestra vida diaria, obtenemos resultados favorables.

CONCLUSIÓN

La investigación en los últimos años ha aportado nuevas perspectivas sobre el tratamiento y la prevención del dolor de espalda, mediante el ejercicio físico. El cuerpo está hecho para moverse, por lo tanto, la ausencia de movimiento perjudica la forma física del cuerpo. La mayoría de la literatura consultada incluye el ejercicio físico en el tratamiento del dolor de espalda y se utiliza también para prevenirlo.

BIBLIOGRAFÍA

- García F. Bases científicas para el diseño de un programa de ejercicios para el dolor lumbar. (Internet). Madrid: Fundación Hospital Alcorcón; Citado (2015, junio, 2). Disponible en [www. Sermef-ejercicios.org](http://www.Sermef-ejercicios.org).
- Albaladejo C, Kovacs FM, Royuela A, del Pino R, Zamora J, Spanish Back Pain Research Network The efficacy of a short education program and a short physiotherapy program for treating low back pain in primary care: a cluster randomized trial [with consumer summary] Spine 2010 Mar 1;35(5):483-496.
- Miralles I. Lumbar pain prevention. Effectiveness of the Spine School. Rev Soc Esp Dolor 2001; 8: 14-21.
- Magora A (1972). Relations between low back pain and occupation. Indust. Med. Sug. 41. 12.

TEMA 139. SÍNDROME DE BURN OUT.

**NEREA CORNAGO NAVASCUÉS
LUCÍA ARNEDO LADRÓN
ERIKA NAVARRO RUIZ
PATRICIA SANZ MARTINEZ**

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN.**
- 2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME BURNOUT.**
- 3. CAUSAS DEL SÍNDROME BURNOUT.**
- 4. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL SÍNDROME BURNOUT.**
- 5. SÍNTOMAS DEL SÍNDROME BURNOUT.**
- 6. REPERCUSIONES DEL SÍNDROME BURNOUT.**
- 7. BURNOUT COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**
- 8. PREVALENCIA DEL SÍNDROME BURNOUT.**
- 9. BIBLIOGRAFÍA.**

1. INTRODUCCIÓN.

La segunda mitad del Siglo XX fue testigo de importantes cambios en el cuadro sanitario de morbilidad a nivel mundial, sobre todo en aquellos países con elevados o aceptables indicadores de salud y de calidad de vida, con una alta incidencia de enfermedades crónicas en las cuales la presencia de los factores psicológicos y sociales desempeñan un papel a veces decisivo.

El espacio ganado en la práctica profesional por el estudio de la presencia e influencia de los factores psicológicos y sociales en el proceso salud enfermedad, condujo a que su campo de acción se expandiese no solo a las personas tributarias de servicios sanitarios, sino a los propios profesionales que los tributan.

Lo anterior está avalado por el hecho de que el propio quehacer de estos profesionales, y el estrés laboral asociado pueden afectar su salud, su bienestar y, en consecuencia, su desempeño profesional. Los médicos se imaginan que son invulnerables en su profesión y que están protegidos del estrés que amenaza a otros ciudadanos. Sin embargo, se ha comprobado que la profesión médica no es una defensa contra el estrés y la fatiga.

En el contexto de la salud laboral se produce el desarrollo de un nuevo proceso: el síndrome de Burnout. Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una filosofía humanística del trabajo, es decir, aquellas que necesitan altas dosis de entrega e implicación. Así, son muchos los profesionales potencialmente afectados por el síndrome (enfermeros, médicos, trabajadores sociales, etc.).

2. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME BURNOUT

El primero en hacer referencia al término burnout fue Freudenberger en 1974, quien lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa o forma de vida, que no produce la suficiente gratificación o esfuerzo”.

Maslach citó que el Síndrome de Burn Out (o Burnout), que traducido literalmente al español significa “quemado”, es el término utilizado para hacer referencia a un síndrome particular de estrés que puede presentarse en aquellas personas que brindan servicios a otras personas, fundamentalmente mediante un contacto directo.

Parece complicado diferenciar este síndrome de otras afecciones tales como la depresión, la ansiedad, la insatisfacción laboral, la fatiga, lo que ha hecho que en ocasiones la locución de burnout se haya convertido en una especie de “cajón de sastre”.

Mingote señala una serie de características comunes para las distintas definiciones: se trataría de un síndrome clínico-laboral producido por una inadecuada adaptación al trabajo, con predominio de los síntomas disfóricos y del agotamiento emocional, alteraciones conductuales que se manifiestan en la despersonalización de la relación hacia el cliente, asociación con síntomas físicos (cansancio, malestar general), vinculado con conductas adictivas que contribuyen a deteriorar la calidad de vida, y manifestaciones que se manifestarían a través de un menor rendimiento laboral, sentimientos de baja realización personal, ineficacia laboral, desmotivación y desvinculación de la propia organización.

3. CAUSAS DEL SÍNDROME BURNOUT

Desde el punto de vista conceptual, el Síndrome de Burn Out (SBO) está compuesto por tres componentes esenciales que son:

- **CANSANCIO EMOCIONAL:** caracterizado por la falta de energía y la percepción de que los recursos emocionales ya se han consumido. Aparece asociado a vivencias emocionales negativas como el disgusto (¡y tal vez la culpa!), por no poder ayudar a los demás en la medida que estos lo requieren.

- **DESPERSONALIZACIÓN O DESHUMANIZACIÓN:** caracterizada por un tratamiento frío, distante e impersonal a las personas que atienden, las que llegan a ser cosificadas y tratadas más como objetos que como personas. Es considerado, por algunos, el componente nuclear del síndrome y visto, en ocasiones, como respuesta defensiva que contribuye a paliar posibles sentimientos de frustración, desesperanza e impotencia derivadas de la actividad profesional.
- **DISMINUCIÓN DE LA REALIZACIÓN PERSONAL:** caracterizada por la tendencia a evaluarse a sí mismo negativamente, al experimentar vivencias de incompetencia profesional y de frustración de las expectativas de logro y realización profesional.

Aunque en algunos casos se ha dado cierta prioridad en la génesis del Burnout a uno u otro de sus componentes, tal como Maslach que privilegia el componente de cansancio emocional o Golembiewsky, citado por Cordes y Dougherty, que privilegia la despersonalización, todo parece indicar que el SBO asume una connotación de proceso en que cada uno de sus componentes potencia la expresión de los restantes.

Se trataría de un conjunto de conductas (como el deterioro del rendimiento, la pérdida de responsabilidad, actitudes pasivo-agresivas con los pacientes y pérdida de la motivación, entre otros), en las que se implicarían tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad) como externos (organizacionales, laborales, grupales).

4. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DE BURN OUT.

Se han identificado diversos factores de riesgo o variables relacionadas con este síndrome, que a continuación se presentan por categorías.

- VARIABLES INDIVIDUALES :

1. Sexo: no se ha podido precisar que los hombres o las mujeres tengan una mayor prevalencia de este síndrome. Algunos autores, como Martínez Pérez, postulan que las mujeres pueden verse en una situación de mayor vulnerabilidad, debido a que en ocasiones desempeñan su labor en trabajos donde tienen una capacidad de decisión más restringida en comparación con sus compañeros hombres, o debido a su mayor implicación en el cuidado de los hijos o las tareas domésticas.

2. Edad: Diversos estudios señalan los mayores niveles de burnout entre los 40 a 45 años.

3. Antigüedad en el puesto de trabajo: Atance sitúa entre los 11 y los 19 años como el período en que el problema aparece más frecuentemente.

• VARIABLES SOCIALES:

Numerosos trabajos evidencian como el apoyo de la pareja, familiares y/o amigos, reduce o acaba con los estímulos estresantes, modifica la percepción de esos estresores, influye positivamente sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado anímico, la motivación y la autoestima de los profesionales. De manera similar, Albar Marín et al., demostraron en un Hospital andaluz como una suficiente existencia del apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada con mayores niveles de realización personal.

- VARIABLES LABORALES:

Los resultados de las investigaciones han mostrado que cuanto más favorable es el clima laboral, el bienestar y la satisfacción laboral, es menor el estrés que los profesionales perciben en su trabajo. Por el contrario, instituciones donde no están bien definidos los roles profesionales, favorecen el conflicto en el equipo multidisciplinar y en consecuencia situaciones de ansiedad, insatisfacción e incluso se favorece el abandono voluntario del trabajo actual.

Manzano evidenció en sus trabajos que el tener un contrato laboral estable aumentaba el grado de satisfacción personal.

Otras publicaciones evidencian un mayor nivel de síndrome de desgaste en aquellos profesionales que desempeñan un mayor número de horas de trabajo, los de contrato de tipo eventual, así como los trabajadores de servicios donde el impacto emocional es alto como en oncología infantil o cuidados paliativos.

Otros autores, como Porras Santos, mencionan el llamado “efecto contagio”. Bakker y Schaufeli señalaron como los profesionales que percibían altos niveles de agotamiento en sus compañeros, eran más propensos a padecer este mal ellos mismos. En su trabajo demostraron como las quejas continuas de los compañeros podían ser auténticos predictores del agotamiento emocional y la despersonalización propias, por encima incluso de otros factores como las altas cargas de trabajo y el escaso poder de decisión.

5. SÍNTOMAS DEL SÍNDROME

BURNOUT

Existen toda una serie de alteraciones producidas por este síndrome, que afectan tanto al profesional como a la organización a la que pertenece.

- Síntomas emocionales: depresión, sentimientos de fracaso, disminución del nivel de autoestima, irritabilidad, apatía, hostilidad, agresividad e intolerancia.
- Síntomas cognitivos: desvalorización, hipercriticismo, cinismo, pérdida de valores, falta de expectativas, falta de concentración, dificultad en la toma de decisiones.
- Síntomas conductuales: evitar las responsabilidades, inadaptación, desorganización, sobre implicación, conductas de riesgo, uso de estimulantes y de otras sustancias, alteraciones de la conducta, falta de planificación.

- Síntomas sociales: aislamiento, conflictos interpersonales, formación de grupos críticos, evitación del contacto con otros profesionales.
- Síntomas físicos: fatiga crónica, cefalea, dolor muscular, falta de apetito, disfunciones sexuales, insomnio, aumento de ciertos parámetros fisiológicos (triglicéridos, glucosa, ácido úrico, tensión arterial, taquicardias), trastornos alérgicos, gastrointestinales, cardiovasculares, autoinmunes y respiratorios.
- Consecuencias para la organización: disminución de la productividad, cambios de puesto de trabajo, incompetencia, pérdida de calidad del servicio, insatisfacción del paciente, absentismo laboral y abandono de la organización.

6. REPERCUSIONES DEL SÍNDROME BURNOUT

En este contexto, es importante tener en cuenta las repercusiones físicas, emocionales y profesionales de la presencia del síndrome en las enfermeras siendo las más conocidas la depresión, la ansiedad, el alcoholismo, la farmacodependencia, la dificultad para trabajar en grupo y la baja productividad, por lo cual es considerada una enfermedad ocupacional.

Davey et al y Lu et al enfatizaron claramente como predictores del absentismo de enfermería hospitalaria al síndrome de burnout y al estrés laboral y ponen énfasis en la necesidad de contrarrestarlos con factores protectores tales como la satisfacción laboral, el compromiso de la organización y la implicación de los propios profesionales con ella.

Blanca et al, en una revisión sistemática sobre las intervenciones útiles para prevenir el absentismo de enfermería, concluyen como el absentismo puede ser considerado como un resultado final y una consecuencia de la satisfacción de los profesionales.

La presencia del síndrome afecta la calidad de vida de las enfermeras lo que va en contravía de los criterios de búsqueda de la satisfacción de los usuarios a través del mejoramiento continuo de la calidad, adecuada tecnología, atención humanizada, personal calificado y altamente comprometido.

7. BURNOUT COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Dada la importancia del personal de enfermería en cualquier institución de salud y teniendo en cuenta que es uno de los sectores más expuestos a las enfermedades de origen psicosocial, resulta imprescindible estudiar sus condiciones en el trabajo. De esta forma, son muchas las investigaciones en las cuales se han encontrado altas prevalencias de burnout en las enfermeras, situación que pone en riesgo su salud y condiciones de vida, además de la calidad del servicio que prestan.

De tal manera, el burnout ha sido considerado como un problema de salud pública en las enfermeras, no sólo porque la salud es el bien más importante que se posee, sino por las repercusiones que puede tener en la sociedad y en la calidad de la atención al paciente, temas que no puede ser ajeno a la institución donde trabajan, cuyo compromiso con la sociedad es ineludible.

Es así como se sustenta la importancia de realizar estudios periódicos sobre dicho fenómeno en el personal sanitario, dado que de éstos se obtendría información importante que propicie que la calidad de vida laboral de las enfermeras mejore.

8. PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNAUT

Respecto a la prevalencia del problema, Linda Aiken et al, precursora de los Hospitales Magnéticos, publicó junto con sus colaboradores un estudio en el año 2012, en el que a través de una muestra de 33,659 profesionales de enfermería de 12 países europeos y 27,509 estadounidenses, evaluó entre otras cuestiones la subescala de agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory y obtuvo los siguientes porcentajes de profesionales que padecían el citado agotamiento emocional: Bélgica 25%, Inglaterra 42%, Finlandia 22%, Alemania 30%, Grecia 78%, Irlanda 41%; Países Bajos 10%, Noruega 24%, Polonia 40%, España 29%, Suecia 29%, y Suiza 15%.

Manzano, revisó las investigaciones que en España habían determinado porcentajes de profesionales de enfermería que padecían el síndrome y obtuvo un rango entre el 13% y el 39%.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *An Psicol.* 2010; 26(1): 169-80.
- Albar Marín MJ, Romero Hernández ME, Carbayo Pérez E, et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm Clín.* 2004; 14(5): 281-5. [http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(04\)73899-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73899-1)
- Manzano G. Síndrome de burnout y riesgos psicosociales en personal de enfermería: prevalencia e intervención. *Inform psicol.* 2008; 91-92: 23-31.

- Bakker A, Schaufeli W. Burnout contagion processes among teachers. J Applied Soc Psychol 2000; 30(11): 2289-308. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02437.x>
- Sanclemente Vinué I, Elboj Saso C, Iñiguez Berrozpe T. Burnout en los profesionales de Enfermería en España. Estado de la cuestión. Metas Enferm. 2014; 17 (10).
- Moreno B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional en enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. Arch. prev. riesgos labor. 2000; 3 (1):18-28.

TEMA 141. LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS POR PARTE DEL TCAE.

**MARIA ENCARNACION ALBUERNE ALONSO
NOEMI VILLOLDO HERRERUELA**

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. METODOLOGIA**
- 4. RESULTADOS**
- 5. CONCLUSIONES**
- 6. PALABRAS CLAVE**
- 7. BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCION

El lavado de manos con agua y jabón es una de las maneras más efectivas y económicas para prevenir las enfermedades infecciosas, nosocomiales y mejorar la seguridad del paciente. La morbilidad por gastroenteritis e infecciones respiratorias en los niños son la principal causa de demanda en la consulta externa y de hospitalización : estas enfermedades se pueden prevenir con tan sólo lavarse las manos con agua y jabón. En mayo 2007 la O.M.S publicó el documento “ Nueve soluciones para la seguridad del paciente “ se planteó como novena solución, mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas en la atención de la salud. Por su lado la O.M.S calculó que si médicos y enfermeras se lavaran las manos regularmente durante su jornada de trabajo, se evitarían 1.4 millones de casos de infecciones adquiridas en

OBJETIVOS

- La higiene de las manos es importante para la salud del paciente y para que no se propaguen enfermedades de tipo infeccioso. Por eso es importante concienciar a la población de la importancia que tiene que todos seamos consecuentes y realicemos un buen lavado de manos.

METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica, Calaméo-libro digital Lavado de Manos y Google académico.
- UNICEF. El estado mundial de la infancia. UNICEF 2008

RESULTADOS

- La higiene de manos con agua y jabón es una de las formas más efectivas y económicas para la prevención de enfermedades infecciosas que son una de las causas principales de la morbilidad infantil. De esta forma se podría reducir a prácticamente la mitad de las muertes y así se podría reducir una cuarta parte de los decesos respiratorios agudas.

CONCLUSIÓN

- La limpieza con agua y jabón puede ser la forma de sobrevivir de millones de personas principalmente por los grupos de edad más vulnerables como los grupos de edades avanzadas de la vida.
- Por esto es necesario seguir insistiendo a la población como al personal sanitario a que conozcan la técnica de lavado de manos, porque unidos podemos prevenir la proliferación de enfermedades infecciosas y con ello la salvación de muchas vidas.

PALABRAS CLAVE

- Lavado de manos, salvavidas, infecciones nosocomiales, seguridad del paciente, enfermedades infecciosas.

BIBLIOGRAFIA

- O.M.S :
<http://www.who.int/medicacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>
- Pittet D. clean hands reduce the burden of disease. The Lancet 2005
- UNICEF. El estado mundial de la infancia. UNICEF; 2008

TEMA 142. PUBLICIDAD Y ALIMENTACIÓN INFANTIL.

**MARTA ATIENZA CORREAS
ESTHER NUÑEZ DE ARENAS ARANDA
MARÍA TERESA ROMERO SÁNCHEZ**

ÍNDICE

- **Situación actual 3**
- **Publicidad alimentaria 5**
- **Regulación 6**
- **Cumplimiento PAOS y HAVISA 8**
- **Otras regulaciones 10**
- **Conclusión 12**
- **Bibliografía 13**

SITUACIÓN ACTUAL

La obesidad y el sobrepeso, son un grave problema de salud pública, según OMS “La obesidad es la epidemia del siglo XXI”.

La presencia de estas patologías en la infancia y adolescencia ha incrementado en los últimos años. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes (de 5 a 19 años) ha aumentado de forma espectacular, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. Siguiendo los criterios de la OMS, establecen una prevalencia de sobrepeso en España entre los 8 y los 13 años de edad del 30,7%, y de obesidad del 14,7%.¹

En España, el estudio Aladino, en 2015, situó la prevalencia de sobrepeso en la franja de 6 a 10 años de edad en el 23,2%, y la de obesidad en el 18,1%.²

Existe evidencia científica de que los factores de riesgo de enfermedades crónicas se establecen durante la infancia y la adolescencia por ello la adopción de un estilo de vida saludable, basado en una alimentación equilibrada y en la práctica regular de ejercicio físico, durante la infancia es fundamental.

La alimentación es una acción compleja regulada por mecanismos fisiológicos y psicológicos, afectando a estos últimos encontraríamos la publicidad. La capacidad de persuasión de ésta, es tan reconocida que para controlarla se han elaborado numerosas normativas, leyes gubernamentales y acuerdos de autorregulación voluntarios. Si ha esto sumamos que los niños son el grupo de edad más sensible y pasan numerosas horas del día viéndola, tenemos en ella a un posible aliado o enemigo en que respecta a una alimentación infantil.³

PUBLICIDAD ALIMENTARIA

En los canales de televisión más vistos por los niños la mayor parte de la inversión en publicidad la realiza el sector de la alimentación.⁴ Gran parte de la publicidad alimentaria en nuestro país va dirigida a los niños (82%).⁵

Un niño ve de media 25 anuncios de alimentación al día, el 75% son productos que no debería consumir diariamente, hipercalóricos, ricos en azúcares refinados, grasas, sal etc.⁶

Los menores reciben 7.500 impactos al año de mensajes que les dicen que coman un producto que no es saludable, asociados además a emociones positivas, a regalos y obsequios, y que además aseguran que son más sanos cuando es al contrario.⁷

REGULACIÓN

- **El Código de Corregulación de la Publicidad de Alimentos y Bebidas dirigida a Menores, Prevención de la Obesidad y Salud (Código PAOS)**, nació en el marco de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS) lanzada en el año 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo para disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso. Contempla que los mensajes publicitarios de alimentos o bebidas no deberán promover hábitos o modos de vida poco saludables ni deberán fomentar hábitos de vida sedentarios. Al Código se suscribieron la Federación Española de Industrias de la Alimentación y Bebidas (FIAB) y las televisiones.⁴

- En 2013 el Gobierno aprobó el **Plan de fomento de Hábitos de Vida Saludables en la Población Española (Plan HAVISA)**. Se trata de una campaña de comunicación en televisión que trata de divulgar mensajes y leyendas dentro de la publicidad infantil, dirigidos a la promoción de una alimentación saludable, en consonancia con la estrategia NAOS. En el segundo año de vida el Plan incorporó una sección en la página web realizada en colaboración con el Consejo Superior de Deportes y la Fundación Deporte Joven, en la que deportistas de élite fomenta estilos de vida saludables a través de una serie de videos.^{4,5}

CUMPLIMIENTO PAOS Y HAVISA

En varios estudios se ha comprobado el incumplimiento de ambas iniciativas. A continuación veremos algunos ejemplos:

- La mayoría de los anunciantes de alimentos infantiles de las cadenas Neox y Boing están adheridos al plan havisa, pues bien marcas tan reconocidas como Nesquick, Phoskitos, Cola Cao o Actimel no incluían las leyendas de promoción de hábitos de vida saludable en sus anuncios.

- El 56% de los anuncios de alimentación realizados durante la programación infantil no incluyen referencias a las propiedades nutritivas del alimento anunciado a través de una sobreimpresión, mostrando sus cualidades en el envase o presentando el producto en el conjunto de una dieta variada.
- La organización de consumidores y usuarios (OCU), público en Febrero de este mismo año, un estudio en el que señala el fracaso de código PAOS, ya que no tiene en cuenta la calidad nutricional del producto publicitario, ni la frecuencia de emisión del mismo. Además, se da el caso de que España es el país europeo donde más se incumplen los horarios de protección infantil, según el Observatorio de Contenidos Televisivos y Audiovisuales. ^{4,8,9}

OTRAS REGULACIONES

La Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha desarrollado un modelo basado en 17 categorías diferentes de alimentos que determina cuáles pueden anunciarse o no según su composición nutricional, con el fin de que los países europeos lo adapten y utilicen con el propósito de reducir el marketing dirigido a los niños, en el estudio realizado por la OCU comprobaron hasta que punto estas indicaciones no se llevan a cabo en España.

- El 31% de los alimentos no podrían haber sido anunciados según estas recomendaciones por tener mal perfil nutricional, alto contenido en grasas saturadas, azúcar y sal.

- El 46% nunca deberían haber sido emitidos ya que corresponden a alimentos como el chocolate, caramelos, galletas, pasteles y bollería, bebidas energéticas o zumos de frutas.
- Solo el 23% podría haberse anunciado si se hubiese aplicado este modelo (carnes, pescados y otros alimentos con cantidades reducidas de grasas, azúcar y sal).⁹

CONCLUSIÓN

Como hemos visto durante el capítulo, la obesidad y el sobrepeso en la infancia están en auge, es necesario que como enfermeros llevemos a cabo una “buena publicidad” enseñando pautas de alimentación equilibrada, fomentado la realización de ejercicio físico y desmintiendo lo saludable que son todos aquellos productos que nos meten por los ojos.

Los niños son muy sensibles a la publicidad por ello la educación para la salud en este aspecto también debe ir dirigida a los padres, para que no caigan en la tentación de darles a sus hijos un determinado alimento por el simple hecho de que sale en televisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Obesidad y sobrepeso [Internet]. Who.int. 2018 [citado 29 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estudio Aladino. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad Física, desarrollo Infantil y obesidad en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 p. 17-18.
3. Menéndez García R.A, Franco Díez F.J. Publicidad y alimentación: influencia de los anuncios gráficos en las pautas alimentarias de infancia y adolescencia. Nutrición hospitalaria. 2009;24(3):318-325.

4. Fernández Gómez Erika, Díaz Campo Jesús. La publicidad de alimentos en la televisión infantil en España: promoción de hábitos de vida saludables. *Journal*. 2014; 8(4):133-150.
5. Ponce Blandón José Antonio, Pabón Carrasco Manuel, Lomas Campo María de las Mercedes. Análisis de contenido de la publicidad de productos alimenticios dirigidos a la población infantil. Elsevier. 2017; 31(3):180–186.
6. Salas J. Así es como la publicidad engorda a los niños [Internet]. *El País*. 2017 [citado 29 May 2019]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2017/05/12/ciencia/1494602389_176408.html

7. Domínguez N. La mayoría de alimentos “saludables” que tu hijo ve en televisión no son sanos [Internet]. El País. 2016 [citado 29 May 2019]. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2016/06/07/ciencia/1465320240_011602.html
8. Fernández-Gómez, E, Díaz-Campo, J. Publicidad infantil de alimentos y estrategias cross media España. El caso de Boing. Razón y Palabra [Internet]. 2015; 19(89). Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/1995/199536848018/>
9. Publicidad infantil de alimentos: queremos un cambio de normativa [Internet]. www.ocu.org. 2019 [citado 27 Mayo 2019]. Disponible en: <https://www.ocu.org/alimentacion/comer-bien/noticias/publicidad-infantil-de-alimentos>

TEMA 143. SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.

**CARLOS FERNÁNDEZ SÁNCHEZ
MARÍA JESÚS MÍNGUEZ LÓPEZ
RAMÓN ORTEGA TORTOSA**

ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. ESTRÉS**
- 3. HISTORIA**
- 4. FACTORES DE RIESGO**
- 5. AMBIENTE LABORAL**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la actualidad ⁽¹⁾.

Puede entenderse como una respuesta al estrés crónico en el trabajo con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y que tiene consecuencias muy específicas en áreas determinadas del trabajo profesional cuando éste se realiza directamente con personas que reclaman nuestros servicios ⁽²⁾.

ESTRÉS

La teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman ⁽³⁾ proporciona un marco de referencia adecuado para la explicación de los síntomas psicósomáticos. Así, aunque existen distintas aproximaciones al estudio del estrés, éste puede considerarse como ⁽³⁻⁵⁾:

- una respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etcétera); en este caso el estrés actúa como variable dependiente.
- un fenómeno del entorno externo o como estímulo (estimulación dolorosa, ruido, discusiones, etcétera); en este caso el estrés se considera variable independiente.
- una interacción (transacción) entre el individuo y el medio (proceso).

ESTRÉS

Cuando el estrés surge en el lugar de trabajo se denomina estrés laboral. Este debe ser considerado como el resultado de la relación entre el individuo y el entorno laboral ⁽⁶⁾.

El estrés laboral se produce cuando el trabajador considera que las demandas laborales superan sus recursos de adaptación a esa situación. Es decir, el estrés laboral hace referencia al proceso complejo de interacción determinado por las características del trabajador y del ambiente laboral. Entre los muchos tipos de efectos negativos debido al estrés, uno de los más contemplados en la actualidad es el Síndrome de Burnout o de estar quemado con el trabajo ⁽⁶⁾.

HISTORIA

Fue a partir de 1981 cuando realmente el Síndrome de Burnout adquirió gran importancia gracias a los estudios de Christina Maslach y Susan E. Jackson ⁽⁷⁾.

Gracias a estos estudios llegaron a la conclusión de la presencia de dos dimensiones en el fenómeno del Síndrome de Burnout, el cansancio emocional y la despersonalización. Más tarde, fue cuando Jackson se sumó a los estudios dando lugar a la determinación de una tercera dimensión, la falta de realización personal ⁽⁷⁾.

FACTORES DE RIESGO

- Cuando el deseo de ser un profesional de prestigio para tener una alta consideración social y familiar se ve frustrado.
- El hecho de tener muy alto el entusiasmo inicial, bajo salario, independientemente del nivel de estudios.
- En el orden de la estructura familiar encontramos que las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes
- En relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables a padecer
- Tanto las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios de la institución como con compañeros de trabajo son factores de riesgo sociales
- Ambiente laboral como estresor

AMBIENTE LABORAL

Hay que destacar además, la importancia del ambiente laboral como estresor.

Existen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico en el lugar de trabajo, los contenidos del puesto de trabajo, las políticas y clima de la organización. Las características de la demanda laboral son dos, las cuantitativas y cualitativas ⁽²⁾.

El primer tipo se refiere a la carga laboral, ya que tanto el exceso de trabajo como una carga excesivamente baja son desfavorables para el individuo ⁽²⁾, así como la falta de energía o de recursos personales ⁽¹⁴⁾.

En cuanto a las características cualitativas, los niveles de responsabilidad son fuentes de estrés, por ejemplo trabajar con personas enfermas, trabajar con la muerte (2).

Otro elemento importante como desencadenante del Síndrome de Burnout son las condiciones horarias de trabajos como trabajo a turnos, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo como pueden ser las guardias (2).

BIBLIOGRAFÍA

1. Salanova M, Llorens S. Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. Papeles del Psicólogo. 2008; 29(1): 59-67.
2. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia [Internet]. 2010 [citado 15 feb 2017]; 112: 1-40. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
3. González Ramírez MT, Landero Hernández R. Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas somáticos mediante ecuaciones estructurales. Rev Panam Salud Pública. 2008; 23(1): 7-18.
4. Cano, A. La naturaleza del estrés. S.E.A.S. Disponible en: http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/

5. Buendía J. Estrés laboral y salud. 1ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998. 23-27
6. Bernaldo de Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalarias. Int J Clin Health Psychol. 2006; 7(2): 323-335.
7. Mirás Carballal S. Evaluación del síndrome de burnout en un centro de salud. Rev Enferm CyL. 2014; 6(2): 65-73.
8. Vanessa MN, Ayala EA, Spahn MS, Stortti MA. Etiología y prevención del síndrome de burnout en los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2006; 153: 18-21.

**TEMA 144. PREVALENCIA DE
TABAQUISMO ACTIVO EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD PULMONAR
OBSTRUCTIVA CRÓNICA.**

M^a CARMEN FERNÁNDEZ SÁNCHEZ

ÍNDICE

- **INTRODUCCIÓN**
- **OBJETIVO Y DISEÑO**
- **RESULTADOS**
- **CONCLUSIONES**
- **BIBLIOGRAFÍA**

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) está caracterizada por una obstrucción crónica poco reversible al flujo aéreo. El tabaco es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de esta enfermedad, aunque también se han descrito otros agentes etiológicos como la quema de combustible biomasa. Han sido identificados también, como factores de riesgo, la contaminación atmosférica, la exposición ocupacional, la tuberculosis pulmonar o factores genéticos como el déficit de alfa-1-antitripsina.

Afecta al 10,2% de las personas entre 40 y 80 años, siendo en la actualidad la cuarta causa más frecuente de muerte en el mundo. Se trata de una enfermedad con una elevada morbimortalidad que ocasiona un elevado coste sanitario. Todo esto la convierte en un importante problema de salud pública.

Con frecuencia los pacientes con EPOC permanecen asintomáticos hasta estadios avanzados de la enfermedad. La disnea (sensación subjetiva de falta de aire) es el principal síntoma de la enfermedad, empeora con el ejercicio físico y es progresiva, siendo el principal factor de empeoramiento de la calidad de vida de estos pacientes.

Otro síntoma característico de la EPOC es la tos crónica, que inicialmente es esporádica pero que con la evolución de la enfermedad es diaria y se asocia a la producción de esputo mucoide. Otros síntomas de la enfermedad son la opresión torácica o la auto-escucha de sibilantes.

Para el diagnóstico de la EPOC es imprescindible la realización de una espirometría forzada ya que para el diagnóstico se requiere la presencia de una obstrucción al flujo aéreo.

Los objetivos del tratamiento de la EPOC son mejorar los síntomas de la enfermedad, disminuir la frecuencia y la gravedad de las exacerbaciones, y mejorar el pronóstico. Para ello se emplean, dependiendo del grado y del fenotipo de la enfermedad, broncodilatadores (inhalados y/o sistémicos), corticoides (ya sean inhalados o también sistémicos), reposición de alfa-1-antitripsina (en los casos en los que haya déficit de ésta), inhibidores de la fosfodiesterasa-4, mucolíticos, macrólidos, vacunación antigripal y antineumocócica, etc. Cuando la enfermedad se encuentra muy avanzada se puede plantear el trasplante pulmonar. Pero las únicas dos medidas que han demostrado mejorar la supervivencia de la enfermedad son el aporte de oxigenoterapia crónica domiciliaria (al menos durante 16 horas al día) y el cese del hábito tabáquico.

El tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica y recidivante. Como se ha comentado con anterioridad, es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de la EPOC. El cese del hábito tabáquico es la medida más eficaz y coste-efectiva para su prevención, reduciendo de forma importante su mortabilidad. Pese a ello, es frecuente que los pacientes con esta enfermedad continúen con este hábito tras el diagnóstico. Esto condiciona el progreso de la enfermedad, una mayor frecuencia de exacerbaciones, el aumento de la necesidad de fármacos, de ingresos hospitalarios y de ausencias en su lugar de trabajo; y en consecuencia, un mayor gasto sanitario.

OBJETIVO Y DISEÑO

El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que continuaban fumando a pesar de estar diagnosticados de esta enfermedad. Así como su relación el grado y sintomatología de la enfermedad.

Para ello se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal en el que se reclutaron a todos aquellos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que acudieron a consultas externas del servicio de Neumología de nuestro hospital durante el mes de mayo de 2017.

Se recogieron las características principales de la muestra a estudio: edad, sexo, volumen espiratorio forzado en el primer segundo en la espirometria forzada, grado de disnea medido mediante la escala mMRC, distancia recorrida en el test de los seis minutos marcha, e índices clínicos.

Para el análisis estadístico se evaluó el ajuste a la normalidad mediante la prueba de Kolgomorov Smirnov y, en función de los resultados obtenidos, se usaron media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, y medidas de frecuencia.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 60 pacientes, de ellos 50 (83,3%) eran hombres y 10 (16,7%) mujeres. La distribución de las variables no fue normal, excepto.... La mediana de edad los participantes fue $67,5 \pm 44$ años.

La puntuación en el índice BODE (escala multidimensional de 0 a 10 puntos que mide el riesgo de muerte en la EPOC, incluye el índice de masa corporal, el grado de obstrucción de la vía aérea, el grado de disnea medido por la escala modificada de la Medical Research Council (mMRC)), y la distancia recorrida en el test de los seis minutos marcha. A mayor puntuación mayor mortalidad) fue de $2,4 \pm 8$ puntos.

En el índice BODEx (índice similar al BODE pero que sustituye la distancia recorrida en el test de los seis minutos marcha por el número de exacerbaciones de la enfermedad en el último año) fue 2 ± 7 .

En índice COTE (índice que recoge aquellas comorbilidades que se asociaron a un riesgo independiente de muerte en EPOC) la puntuación obtenida fue de 0 ± 7 . En el índice Charlson (relaciona la mortalidad a corto plazo con la comorbilidad, consta de 17 items) se obtuvo una puntuación de 4 ± 9 . Finalmente, en el índice CODEx (índice que evalúa el pronóstico de la EPOC) se obtuvo una puntuación de $3,1 \pm 2,2$ puntos.

Los pacientes presentaron un volumen espiratorio forzado medio de $1556 \pm 670,88$ ml, con un porcentaje medio de $57,78 \pm 10,25\%$. La distancia media recorrida en el test de los seis minutos marcha fue 402 ± 42 metros. La mediana de número de exacerbaciones en el último año fue 0 ± 9 , el de hospitalizaciones por exacerbación de su enfermedad 0 ± 2 y la mediana en días de estancia hospitalaria fue 0 ± 10 .

El grado de disnea de la mMRC fue cero en el 10%, uno en el 31,7%, dos en el 35%, tres en el 20% y de cuatro en el 3,3%. El 23,3% de los pacientes estaban diagnosticados de síndrome de apnea-hiponea obstructiva del sueño. Y el 26,7% tenía alguna enfermedad cardiovascular.

De todos los pacientes analizados el 98,33% eran o habían sido fumadores. En el momento del estudio el 41,67% de nuestros EPOC continuaban siendo fumadores activos. El consumo acumulado de tabaco era de 50 ± 175 paq-año.

A continuación, se dividieron a los pacientes en dos grupos: aquellos eran fumadores activos y aquellos que habían dejado de fumar. Se observó que el grupo de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica que habían dejado de fumar tenían mayor edad ($68,54 \pm 10,39$ Vs $63,72 \pm 9,56$ años), en ellos había un mayor porcentaje de hombres (85,7% en el grupo de exfumadores frente al 80% en el de fumadores activos), peor función pulmonar (menor volumen espiratorio forzado en el primer segundo en la espirometría ($1502,28 \pm 682$ Vs $1632 \pm 661,09$ ml), caminaban una menor

distancia en el test de los 6 minutos marcha ($399,57 \pm 119,67$ Vs $406,4 \pm 81,85$) y tenían mayor puntuación en los índices clínicos BODE ($2,63 \pm 2,09$ vs $2,08 \pm 2,06$), BODEx ($2,69 \pm 2,06$ vs $2,32 \pm 2,10$), COTE ($1,23 \pm 2,20$ vs $0,6 \pm 1,66$) y CODEx ($3,26 \pm 2,20$ vs $2,88 \pm 2,21$).

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos:

	Fumadores	Exfumadores
Edad (años)	63,72±9,56	68,54±10,39
Sexo	80% hombres, 20% mujeres	85,7% hombres, 14,3% mujeres
FEV1 (%)	59,36±18,68	56,66±20,44
FEV1 (ml)	1632,08±661,09	1502,29±20,44
Nº ingresos	0,2±0,408	0,26±0,51
Nº exacerbaciones/año	0,68±0,989	1,14±2,03
Nº días hospitalización	1,28±2,65	1,37±2,81
Paquetes-año	60,85±35,44	50,38±31,63
mMRC	1,72±0,94	1,77±1,06
T6MM (metros)	406,4±81,85	399,57±119,67
Índice BODE	2,08±2,06	2,63±2,09
Índice BODEx	2,32±2,10	2,69±2,06
Índice Charlson	4,32±2,17	4,34±2,01
Índice COTE	0,6±1,66	1,23±2,20
Índice CODEx	2,88±2,21	3,26±2,20
Enfermedad cardiovascular	32%	23%
Síndrome Apnea-Hipopnea del sueño (SAHS)	16%	28,6%

CONCLUSIONES

- La prevalencia de tabaquismo en los pacientes diagnosticados de EPOC es muy elevada.
- Los pacientes que con más frecuencia dejan de fumar son aquellos de mayor edad, peor función pulmonar y mayor número de comorbilidades.
- Se debe insistir en la necesidad del cese del tabaquismo en este grupo de pacientes y mejorar el abordaje de este hábito.

BIBLIOGRAFÍA

- Miravittles M, et al. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (GesEPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. Archivos de Bronconeumología. 2017;53(6):291-356.

TEMA 145. TOMAR DECISIONES.

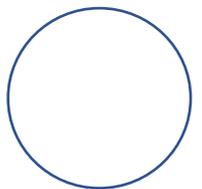
GEMMA ALONSO SÁNCHEZ.

ÍNDICE

- **INTRODUCCION.**
- **EXPLORACION FÍSICA.**
- **PRUEBAS COMPELENTARIAS.**
- **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.**
- **JUICIO CLINICO.**
- **EVOLUCION.**
- **COMENTARIO FINAL.**
- **BIBLIOGRAFIA.**

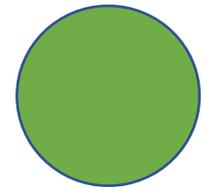
INTRODUCCION

Paciente mujer de 94 años sin enfermedades previas de interés que consulta en urgencias por aumento de su disnea basal de 3 días de evolución. Refiere proceso catarral de 15 días de evolución.



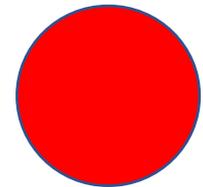
EXPLORACION FISICA

Afebril, con saturación de oxígeno del 94%. Buen estado general. Ligera palidez cutánea, normohidratada, eupneica en reposo. A la auscultación pulmonar roncus y sibilantes dispersos con hipoventilación. Abdomen globuloso, blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal, no masas ni visceromegalias. Miembros inferiores: Sin edemas ni signos de trombosis.



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Analítica:** Leucocitos: 15100, Neutrófilos 69,2%, Linfocitos 6,8%, Hemograma hemoglobina 12,9 resto normal. Bioquímica básica con perfil renal y hepático normal..
- **Orina:** sin signos de infección.



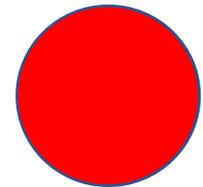
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Radiografía de tórax** masa en mediastino anterior.

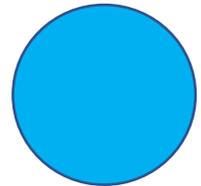


Ante dicho hallazgo se ingresa la paciente para estudios complementarios.

- Se realiza **TAC de tórax** que concluye como masa sólidoquística en mediastino superior sin poder aclarar etiología.

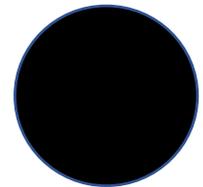


DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



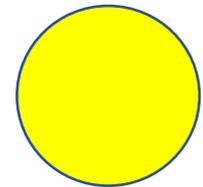
JUICIO CLINICO

Masa torácica a estudio



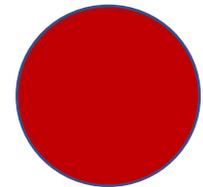
EVOLUCION

- En esta paciente no se disponían de pruebas de imagen previas para poder establecer desde cuándo la paciente tenía dicha lesión; se comenta el caso en el comité de tumores del hospital, formado por oncólogo, patólogo, cirujanos e internistas, y se plantea realizar pruebas invasivas para intentar alcanzar el diagnóstico.



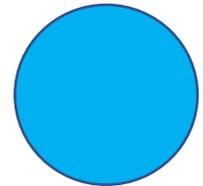
EVOLUCION

- Finalmente, la familia tras hablar con el médico responsable de la paciente, decide no realizar exploraciones invasivas.
- La decisión se tomó en base a que la situación basal de la paciente era excelente, y someterla a dichas pruebas podría empeorar su estado sin aportar beneficio.
- El objetivo en este caso, no es aumentar la supervivencia, si no mantener la mejor calidad de vida.



COMENTARIO FINAL

- Se puede identificar en este caso valores éticos como el derecho a la autonomía del paciente/representante, ya que en este caso es finalmente la familia la que decide no realizar pruebas invasivas a la paciente, aun a expensas de no saber el diagnóstico.
- También podemos encontrar en este caso otros principios éticos como el de beneficencia/no maleficencia ya que el equipo médico responsable también consideró que intervencionismo en esta paciente de 94 años no le iba a suponer un beneficio real en este caso.



BIBLIOGRAFÍA

- **Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez Ordoño L, Vila Santos J. Manual de diagnóstico y terapéutica médica Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª edición. Madrid: Univadis; 2012.**
- **Medicina de urgencias y emergencias. Luis Jiménez Murillo, F. Javier Montero Pérez, 6ª edición. Barcelona; Elsevier 2018.**

**TEMA 146. ÚLCERAS
VENOSAS, SITUACIÓN
SOCIAL ACTUAL.**

M^a AMPARO GARCÍA RUÍZ.

JOSE LUIS RUIZ CAROT.

FRANCISCO JOSE VILLALGORDO GIL.

DANIEL VALLEJO SIERRA.

ÍNDICE:

1. DEFINICIÓN DE ÚLCERA.
2. CLASIFICACIÓN.
3. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES.
4. CLÍNICA Y PRONÓSTICO.
5. TRATAMIENTO.
6. BIBLIOGRAFÍA.

1. DEFINICIÓN.

- Son lesiones con pérdida de materia, que se producen en la piel dañada por una dermatitis secundaria a hipertensión venosa, la cual constituye la complicación principal de insuficiencia venosa crónica.
- Las úlceras venosas son entre el 80-90% de las úlceras vasculares.
- El 2,5% de los pacientes de A.P. padecen úlceras por hipertensión venosa.
- La incidencia >65 años con un porcentaje del 5,6% de la población.
- Su origen puede estar predeterminado por las varices primarias y por otro lado por la flebitis secundaria a trombosis venosa profunda.

2.CLASIFICACIÓN

- Es preciso realizar siempre una historia clínica al paciente para evaluar distintos aspectos como: molestias venosas típicas, piernas cansadas, pesadas, hinchadas, dolor urente, prurito, calambres nocturnos.
- Factores de riesgo como: bipedestación prolongada, estreñimiento crónico, obesidad, neoplasias, sedentarismo.
- Antecedentes como predisposición familiar (el factor hereditario se descubre en el 50% de los padecimientos venosos), haber padecido alguna trombosis venosa, posparto, cirugía ortopédica, escleroterapia, o estados de malnutrición.

- **Clasificación CEAP de la insuficiencia venosa crónica:**

- En el año 1994 el American Venous Forum elaboró un documento de consenso para la clasificación y gradación de la insuficiencia venosa crónica basado en las manifestaciones clínicas (C), factores etiológicos (E), distribución anatómica (A) y hallazgos fisiopatológicos (P), que fue revisado en 2004. Surgió como un instrumento para facilitar la comunicación y descripción de las formas de la insuficiencia venosa crónica.
- El objetivo de esta clasificación es determinar la presencia de signos y síntomas, gravedad clínica, localización y el tipo de enfermedad venosa (primaria, secundaria o congénita). Es la clasificación que se acepta de forma general en todo el mundo y, desde su adopción, las comunicaciones del ámbito venoso se han normalizado. Se recomienda utilizar la clasificación CEAP en todo paciente con IVC.

GRADOS DE LAS ÚLCERAS.

➤ Grado I:

- Fase inicial.
- Varices superficiales.
- Arco plantar; zona maléolo.

➤ Grado II:

- Edema.
- Hiperpigmentacion.
- Zona de piel blanquecina; Zona maleolo;
- Eccema; Hemorragia; Tromboflebitis.

➤ Grado III:

- Úlceras abiertas
- Cicatriz Úlcerosa

3.CARACTERISTICAS PRINCIPALES.

- ULCERAS POR PRESIÓN. ENCAMADOS
- Úlceras Venosas. DETERIORO DEL SISTEMA VENOSO Y CURACIÓN DE 1 MES A 1 AÑO.
- Úlceras Arteriales. Muy dolorosas
- Úlceras Mixtas. Son poco comunes e imposibles de curar (1 o 2 años).
- Úlceras Diabéticas. Se presentan en la zona de la base del pie, son difíciles de curar y pueden presentarse con agresividad, perforando varias capas de tejido. Los pacientes diabéticos no sienten dolor por lo que pueden pasar desapercibidas hasta estadios avanzados. Tiempo de curación de 1 a 2 años.

3.CARACTERISTICAS PRINCIPALES.

- Úlceras Iatrogénicas. Su origen es de tipo Hospitalario debido a la bajada de defensas. Precisan antibióticos de tipo intravenoso y de uso hospitalario. Tiempo de curación estimado: Largo de varios meses.
- Úlceras Oncológicas. Son úlceras cuyo origen es un cáncer o un tumor, su abordaje es prácticamente imposible en el sentido de la curación total, debido al origen neoplásico.
- VALORACIÓN. Escalas de valoración del riesgo, más importantes:
 - [Escala de Norton](#)
 - [Escala de Braden](#)
 - [Escala de Arnell](#)
 - [Escala Nova 5](#)
 - [Escala Emina](#)
 - [Escala de Waterlow](#)



Úlcera varicosas (insuficiencia valvular)

Insuficiencia valvular

- * Zona maleolar interna
- * Hiperpigmentación
- * Lesiones superficiales
- * Eczema periucleroso y prurito
- * Unilaterales
- * Molestia al ortoestatismo



Úlceras postrombóticas (tromboflebitis y edema)

Tromboflebitis y de Edema crónico

- * Zona maleolar interna
- * Extensas y múltiples
- * Fondo rojizo Fondo rojizo
- * Bordes irregulares
- * Molestias al ortoestatismo



Úlceras estáticas (fallo bomba pantorrilla)

- * Fallo bomba muscular venosa pantorrilla
- * Zona de polaina
- * Bilaterales
- * Extremidades con edema
- * Superficiales, múltiples y extensas
- * Gran cantidad de exudado
- * Granulación y de color rojo

4. CLÍNICA Y PRONÓSTICO.

- Los síntomas de la insuficiencia venosa son:
 - Calambres.
 - Dolor de piernas.
 - Sensación de pesadez.
 - Sensación de cansancio permanente.
 - Úlcera superficial, con bordes irregulares.
 - La piel de alrededor de la úlcera puede estar brillante, tensa, tibia o caliente y descolorida.
 - Si la úlcera se infecta, puede drenar pus y oler mal.

- Las úlceras venosas están asociadas a una peor calidad de vida, debido a un aumento progresivo en el deterioro de la movilidad de la paciente, lo que conlleva a un aislamiento social, padecimiento de dolor en el sitio de la úlcera e incluso toda la extremidad y la pérdida de funcionalidad de esa pierna. El tratamiento incluye medias de compresión, desbridamiento si es necesario, cuidado de las heridas y aplicación de los apósitos adecuados.
- Entre los factores de riesgo tenemos que el retorno venoso deficiente como en la obesidad o fallo cardiaco congestivo, y la destrucción venosa primaria por trombosis profunda, flebitis y disfunción valvular venosa, hacen que aparezcan las úlceras venosas.(Kreindl, C, et al., 2019).
- Otros factores a tener en cuenta serían la obesidad, la falta de ejercicio físico por la dificultad y el dolor que podría mejorar el tono muscular y la circulación, la mala nutrición que aumenta la fragilidad de la piel.(Kreindl, C, et al., 2019).

5. TRATAMIENTO

➤ **Tto. Quirugico:** El tratamiento clásico de la insuficiencia venosa superficial, con incompetencia valvular y reflujo venoso de los troncos safenos, ha sido la crosectomía, extracción de la vena safena interna habitualmente con fleboextractor, y la flebectomía de las venas tributarias varicosas mediante múltiples incisiones. La ablación de las venas safenas con endoláser o mediante la radiofrecuencia consiste en la introducción de una sonda endoluminal que permite aplicar energía térmica controlada sobre la superficie interna de la pared venosa, injuria térmica que produce inicialmente una destrucción de la capa íntima y trombosis de la vena, y posterior engrosamiento y contracción de las fibras de colágeno de la capa media y adventicia, con reducción drástica del lumen e inflamación perivenosa, y finalmente, la obliteración definitiva de la vena, impidiendo de este modo el reflujo venoso patológico y la hipertensión venosa secundaria.

Como tratamiento a seguir vendría determinado por un cambio en el estilo de vida cumpliendo una serie de requisitos como son:

- Control de peso, hacer ejercicio, controlar el tiempo que estamos de pie para que no sea excesivo < de 5 horas.
- Levantar las piernas durante la noche con un cojín.
- Evitar el calor directo en las piernas y es recomendable darse unos baños de agua fría por las piernas, para aliviar los síntomas (picor, quemazón, hinchazón).
- Terapia compresiva en las piernas con vendajes, medias compresivas.(Gayarre et al 2016).
- Tratamiento farmacológico para aliviar los síntomas como los flavonoides, saponinas, dobesilato de calcio y sulodexida.

- Tratamiento quirúrgico técnicas percutáneas de ablación endoluminal: laser, radiofrecuencia, escleroterapia de espuma, cirugía hemodinámica o cura CHIVA (cura hemodinámica de la insuficiencia venosa). (Alimi, Y., & Hartung, O. 2019).
- Tratamiento quirúrgico convencional que cada vez se realiza menos y consiste en la ligadura del cayado del safena-femoral y stripping de la vena safena interna. (López, A. B. V, et al., 2018).
- Como tratamiento novedoso tenemos el estudio hecho este año en julio por un grupo en Murcia sobre el injerto de cuero cabelludo piloso en el interior de úlceras crónicas.

Educación de hábitos higienico-sanitarios.

➤ Medidas generales:

- Obesidad.
- Hidratar.
- Ropa cómoda.
- Elevar piernas.

➤ Tratamiento farmacológico:

- Pentoxifilina.
- Diosmina.

➤ Terapia de compresión:

- Activa.
- Pasiva.
- Terapia de presión negativa.

6.BIBLIOGRAFIA

- Alimi, Y., & Hartung, O. Tratamiento quirúrgico y endovascular de la insuficiencia venosa crónica profunda. EMC-Cirugía General,2019; 19(1), 1-27.
- Garcia Madrid C, Pastor Manrique JO. Nuevos avances del tratamiento de las varices:radiofrecuencia endovenosa VNUS Closure. Cirugía Española.2016; 2011 Sep; 89(7): pg 420-426.
- Gayarre Aguado R, Piquer Farrès N, Escobar Oliva B, Fuentes Camps EM. Insuficiencia venosa crónica. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria. 2016; Jun; 23(1): p. 5-38.
- Hernández, E. M. Trombolisis local mecánica y farmacológica en trombosis venosa profunda.¿ Realmente útil?.2019

- López, A. B. V., Jarrin, K. M. C., Cabrera, M. G. B., & Fajardo, F. A. V. Insuficiencia venosa crónica desde el diagnóstico hasta las nuevas terapéuticas. RECIAMUC, 2018;2(2), 402- 420.

- Lopes Macêdo, M. M., Silva Souza, D. A., Santos, J. C. D., Nogueira Rodrigues, R., Afonso, S., Oliveira Henriques Cortez, A. D., & Nogueira Cortez, D. Úlcera venosa: seis años de existencia por 92 días de cicatrización. Gerokomos,2016; 27(3), 131-133.

- Kreindl, C., Basfi-fer, K., Rojas, P., & Carrasco, G. Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas. Revista chilena de nutrición, 2019; 46(2), 197-204

TEMA 147. VENDAJES.

GEMA CHAVES LÓPEZ

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- INDICACIONES
- PROCEDIMIENTO
- COMPLICACIONES DE LOS VENDAJES
- TIPOS DE VUELTAS DE VENDAJES
- TIPOS DE VENDAJES
- OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

El vendaje consiste en envolver una parte del cuerpo que está lesionada por diversos motivos. Su uso más frecuente es para cubrir las lesiones cutáneas e inmovilizar las lesiones osteo articulares, en el tratamiento de heridas, hemorragias, contusiones, esguinces, luxaciones y fracturas. Es una técnica específica que permite mantener cierta funcionalidad de la zona lesionada sin daño de la misma; pretende limitar de forma selectiva y mecánica la movilidad de una articulación en el sentido del movimiento que afecta a las estructuras lesionadas de los tejidos peri articulares.

Los vendajes consisten en la aplicación de una venda sobre una parte del cuerpo con fines preventivos o terapéuticos y tienen como propósito:

- **Compresión:** Para detener hemorragias, fomentar la absorción de líquidos tisulares y prevenir la pérdida de estos mismos.
- **Contensión:** Para limitar los movimientos de extremidades o articulaciones en casos de luxación , esguince o fractura , sujetar material de curación y proporcionar calor y protección
- **Corrección:** Para inmovilizar una parte del cuerpo y corregir deformidades

INDICACIONES

- Limitar el movimiento de una articulación afectada.
- Fijar apósitos.
- Fijar férulas para impedir su desplazamiento.
- Aislar heridas.
- Ejercer presión en una parte del cuerpo.
- Favorecer el retorno venoso.
- Facilitar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Moldear zonas del cuerpo como muñones tras una amputación.

Procedimiento

- Prepararemos el material necesario según el tipo de vendaje indicado, realizaremos la higiene de manos y nos colocaremos los guantes no estériles.
- Identificaremos al paciente y le explicaremos el procedimiento que vamos a realizarle, tanto a él como a su familia. Pediremos su colaboración en la medida de lo posible y le proporcionaremos la intimidad necesaria. Si el vendaje es de miembro superior, retiraremos anillos y pulseras y le indicaremos al paciente que no debe ponérselos hasta la retirada definitiva del vendaje.
- En caso de herida, hay que protegerla asépticamente antes del vendaje
- La piel sobre la que se aplica el vendaje debe estar limpia y seca.

Complicaciones de los vendajes

- Síndrome de compartimental : es muy importante detectar de forma precoz la aparición de signos de compromiso circulatorio como palidez, eritema, cianosis, adormecimiento, edema y frialdad de los tejidos.
- Deterioro de la integridad cutánea
- Maceramiento cutáneo
- Alineamiento erróneo
- Dolor
- Deterioro de la movilidad física

- Colocar la parte del cuerpo a vendar en correcta alineación.
- En caso de proteger prominencias óseas, aplicar almohadillas debajo del vendaje.
- Empezar el vendaje desde la parte más distal hacia la próximal.
- Asegurarse de que la presión que se haga al realizar el vendaje sea uniforme.
- Preguntar al paciente si le molesta el vendaje
- Lavarse las manos

TIPOS DE VUELTAS DE VENDAJES

CIRCULAR; cada vuelta de la venda sobrepasa ligeramente la vuelta precedente. se emplea principalmente para remarcar vendajes y vendar partes anatómicas cilíndricas; tienen función protectora o de sujeción.

ESPIRAL; cada vuelta de la venda cubre ligeramente la vuelta precedente para crear una progresión proximal de la extremidad. se emplea para vendar partes del cuerpo con el mismo perímetro, Su función es la de protección o compresión.

EN OCHO; Sirve para vendar articulaciones. Se fija bajo la articulación por medio de varias vueltas en espiral. Luego se da una vuelta por arriba de la articulación. Y posteriormente por debajo y así alternativamente. Tiene función protectora, de sujeción o de compresión.

ESPIGA; similar al caso anterior pero cubriendo un área mayor. se emplea para vendar partes del cuerpo cilíndricas con perímetro no uniforme, tiene función compresiva, sólo en la vuelta ascendente se realiza compresión.

RECURRENTE; para muñones, cabeza y dedos. Se fija primero mediante dos vueltas circulares. Se hace pasar luego el rollo de venda en dirección perpendicular a las vueltas circulares de la parte posterior a la anterior y de ésta a la posterior, sobreponiendo cada vuelta hasta que la zona quede cubierta .Esto se asegura por medio de vueltas iniciales. Su función es protectora, de sujeción o de compresión.

TIPOS DE VENDAJES

Según sean sus aplicaciones, se diferencian diversos vendajes básicos:

VENDAJE BLANDO O DE CONTENCIÓN: se utiliza para sujeción de curas de heridas, quemaduras, sujetar apósitos y proteger una zona. Complicaciones que pueden surgir son deterioro de la integridad cutánea y dolor.

VENDAJE COMPRESIVO Y HOMEOSTÁTICO: se usa para ejercer una compresión metódica y uniforme en una parte del cuerpo. Y están indicados para prevenir o reducir la inflamación, proporcionar una inmovilidad relativa y favorecer el retorno venoso (hemostático). Las posibles complicaciones que pueden surgir son alteración de la integridad cutánea, disfunción neurovascular periférica, deterioro de la movilidad física y dolor.

VENDAJE RÍGIDO, FÉRULAS DE YESO Y FIBRA DE VIDRIO: se utiliza para la inmovilización total de la parte afectada, están indicadas para inmovilizarlas extremidades para mantener la alineación ósea, resolver lesiones ligamentosas, disminuir el dolor, prevenir una mayor lesión de partes blandas por movimientos de fragmentos de la fractura y disminuir el riesgo de embolia grasa clínicamente significativa. También se emplean para dejar que se produzca hinchazón de partes blandas sin afectación circulatoria. Posibles complicaciones que pueden tener son úlceras por decúbito, quemaduras por yeso, mala alineación de la lesión, afectación neurovascular y síndrome compartimental.

OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA:

- El vendaje siempre debe tener una indicación precisa y nunca se empleará de forma rutinaria o cuando su aplicación resulte realmente necesaria.
- Debe procederse a un lavado de manos antes y después de la aplicación de un vendaje. Si hay una herida en la zona que se ha de tratar, debe efectuarse con una técnica aséptica.
- El tipo de venda, su ancho y longitud deben seleccionarse en función de la extensión y el grosor del segmento que hay que vendar y del efecto pretendido.
- Siempre debe comenzarse el vendaje por la parte más distal, e ir avanzando hacia la proximal.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez, F.J. Medicina de Urgencias: Guía Terapéutica. Ediciones Harcourt. Madrid. 2006.
- Hogston. Fundamentos de la práctica de enfermería, editorial Mc Graw-Hill, año 2008.
- Cristina Gómez Enríquez, M^a José Rodríguez Rodríguez, Vendajes e inmovilizaciones; Manual de Bolsillo para Enfermería. Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, año 2015.

TEMA 148. VIH EN EL EMBARAZO Y PARTO.

ALMUDENA ÁLVAREZ LÓPEZ

ÍNDICE

- 1. Introducción**
- 2. Embarazo y tratamiento**
- 3. Parto**
- 4. Postparto**
- 5. Conclusiones**
- 6. Bibliografía**

Introducción

El VIH ataca al sistema inmune debilitándolo progresivamente. En 2016, el 76% de 1,4 millones de embarazadas infectadas estaban en tratamiento con antirretrovirales para prevenir la transmisión vertical, que en ausencia de terapia y profilaxis materna se produce entre un 14-25%, pudiendo reducirse esta a un 1% con un tratamiento TARGA durante el embarazo y una profilaxis materna adecuadas.

Embarazo y tratamiento

- Las recomendaciones sobre el tratamiento antirretroviral en la mujer embarazada deben seguir las mismas normas y principios que en la mujer no embarazada. El uso de retrovirales durante el embarazo tiene dos finalidades:
 - 1- Controlar la infección de la madre.
 - 2- Disminuir la transmisión vertical ya que la frecuencia de transmisión vertical sin el uso de retrovirales es de un 20%, reduciéndose hasta el 1,2% con el uso de terapia antirretroviral en gran actividad. El TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad) es el mejor profiláctico de transmisión vertical ya que se intenta mantener durante todo el embarazo una carga viral muy baja. Consiste en la asociaciones de varios fármacos

Parto

La decisión entre el parto vía vaginal o la cesárea electiva corresponde a la mujer embarazada, a la que se le dará una información adecuada sobre los riesgos y beneficios. Por lo general este dependerá de la carga viral de la madre.

El parto es el acontecimiento de mayor riesgo de infección neonatal. Por tanto, resulta esencial desarrollar medidas terapéuticas y profilácticas para controlar el riesgo de transmisión vertical (TV). La sangre o secreciones maternas que contengan el VIH pueden contactar con el feto en algún momento del parto. Siendo estos factores de riesgo los objetos contra los que dirigiremos nuestras actuaciones. Se tratará de reducir la carga vírica por debajo de 1000 copias por medio del tratamiento con TARGA.

Postparto

1. Control analítico: hemograma, bioquímica con perfil hepático y proteinuria.
2. Control de la tensión arterial.
3. Carga viral materna y recuento de linfocitos CD4
4. Valorar la finalización del tratamiento antirretroviral si la indicación del mismo era únicamente obstétrica.

Conclusiones

La transmisión vertical en madres seropositivas sigue ocurriendo hoy en día, por lo que es un problema de salud pública y de actualidad, ya que sigue habiendo un gran número de casos.

Se cree que puede ser debido al desconocimiento de este tipo de contagio, y a la negativa de diagnóstico por parte de la madre, en primer lugar.

De acuerdo con esto, es correcto afirmar que sigue siendo necesario mejorar la prevención primaria del VIH y la educación sexual.

Los estudios aseguran que disminuye el uso del preservativo y aumentan las enfermedades de transmisión sexual entre jóvenes por una falta de conciencia sobre los riesgos para la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Situación epidemiológica. Noviembre 2011. Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), el Grupo de Estudio de Sida (GeSida/SEIMC). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Asociación Española de Pediatría (AEP) para el seguimiento de la infección por el VIH con Relación a la reproducción, el embarazo y la prevención de la transmisión vertical[internet]. Diciembre 2007
3. Giraldo Bustos R. Embarazo y VIH. Revista Medicina[internet]. 2011; 1(10).[pág. 5]
4. Slogrove AL, Clayden P, Abrams EJ. Toward a universal antiretroviral regimen: special considerations of pregnancy and breastfeeding. Curr Opin HIV AIDS. 2017

TEMA 149. VIRUS.

MARI CARMEN GONZALEZ NIETO

REYES CARVAJAL PALAO

MARIA PANDO SANDOVAL

INDICE

1. INTRODUCCION
2. DEFINICION
3. ESTADIOS
4. ESTRUCTURA
5. VIAS DE TRANSMISION
6. TIPOS DE INFECCION VIRAL
7. CICLO DE VIDA
8. CLASIFICACION
9. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Descubiertos por Ivanowsky en 1892.

El **mosaico de la hoja del tabaco** lo causaba una partícula de tamaño inferior al de una bacteria, al atravesar los filtros de porcelana: **agentes filtrables – virus.**

DEFINICIÓN:

- Son **agentes infecciosos** con **organización acelular**.
- **Partículas ribonucleoproteicas** que utiliza las enzimas de la **célula hospedadora** para replicarse: **parásitos intracelulares obligados**.
- **Virión**: virus estructuralmente completo e infeccioso.
- **Infectan cualquier célula eucariota o procariota**: bacteriófago o fago infectan bacterias, los micófagos hongos, etc.

ESTADIOS

- **Estadio extracelular:** virus completo, metabólicamente inerte, no se replica y es la forma infectante que libera la célula infectada.
- **Estadio intracelular:** las estructuras se separan para replicarse y formar nuevos viriones.

ESTRUCTURA

-Tamaño: La mayoría entre **20-300 nm** (**0,02 μ -0,3 μ m**). 100-1000 veces menor al bacteriano.

-NO VISIBLES AL MICROSCOPIO ÓPTICO

(resolución máxima 0,2 μ m).

Se utiliza **MICROSCOPIO ELECTRÓNICO**.

-Ácido nucleico (ADN o ARN) rodeado de una cubierta proteica o cápside (formada por subunidades (capsómeros) constituidas por protómeros).

-Ácido nucleico + Cápside = Nucleocápside o core.

-Pueden estar recubiertos de una **envuelta o membrana fosfolipídica**, que proviene de la célula hospedadora que infectó.

Los capsómeros de la cápside se ordenan formando una estructura simétrica, existen 3 tipos:

➤ **SIMETRÍA ICOSAÉDRICA**

La más común. Ejemplos: adenovirus, VPH, herpes, VHB, enterovirus...).

➤ **SIMETRÍA HELICOIDAL O FILAMENTOSA**

Ejemplos: coronavirus, virus Ébola, influenza, VRS.

➤ **SIMETRÍA COMPLEJA**

Ejemplo: poxvirus (viruela, moluscum).

VIAS DE TRANSMISIÓN:

- ☐Vía respiratoria: inhalación de partículas con el virus** desde individuos infectados. Un gran número de virus se transmite por esta vía: rinovirus, virus respiratorio sincitial, influenzavirus, sarampión, varicela-zóster, etc.

- ☐Vía enteral o fecal-oral:** Al consumir agua o alimentos contaminados con virus. Ejemplos: hepatitis A, hepatitis E, rotavirus.

- ☐Contacto por transmisión sexual:** VIH, herpesvirus, hepatitis B, virus del papiloma humano (VPH).

- ❑ **Contacto directo:** transmisión a través de las manos, fomites, etc. Ejemplos: Epstein-barr (mononucleosis infecciosa), citomegalovirus (CMV), rinovirus, VPH, rabia.

- ❑ **Vía parenteral:** mediante el contacto con objetos punzantes contaminados con secreciones infectadas por el virus. Ejemplos: VIH, hepatitis B, hepatitis C, Ébola.

- ❑ **A través de animales vectores:** los **arbovirus** son aquellos transmitidos por **artrópodos** (dengue, zika, chikungunya, fiebre amarilla, etc) mientras que los **robovirus** son transmitidos por **roedores** (virus de la fiebre de Lassa, virus de la coriomeningitis linfocitaria, hantavirus, etc.).

TIPOS DE INFECCIÓN VIRAL:

- ❑ **Infección aguda:** dura días o semanas normalmente. La cantidad de virus en los sitios de infección aumenta (fase aguda) y luego disminuye hasta volverse indetectable (convalecencia). El virus se elimina por el sistema inmune, muere el individuo o evoluciona a infección crónica.
- ❑ **Infección crónica:** Los virus escapan de la respuesta inmune pero continúan replicando a ritmo lento. Ejemplos: VIH, hepatitis B, hepatitis C

❑ **Infección latente:** El virus para de replicar y permanece inactivo durante un tiempo hasta reactivarse. **Provirus:** genoma del virus insertado en el genoma de la célula hospedadora. No hay síntomas ni se detecta al virus.

❑ **Oncogénesis:** La infección viral persistente puede causar hasta un 20% de los tumores. Algunos virus se conoce su asociación con ciertos cánceres (se integran en el genoma celular o tienen oncogenes similares a protooncogenes humanos).

- ❖ Epstein-Barr/VIH: linfoma de Burkitt
- ❖ Hepatitis B y C: hepatocarcinoma
- ❖ Papilomavirus oncogénicos: cáncer de cuello de útero
- ❖ Herpesvirus 8: sarcoma de Kaposi

CICLO DE VIDA:

Destinado a multiplicar su material genético y producir nuevos viriones infectantes.

- ❑ **Fase precoz de la infección:** Reconoce la célula a infectar, se une a ella (adsorción), entra en su interior y libera su genoma en el citoplasma o núcleo.
- ❑ **Fase tardía de la infección:** Replicación del genoma, transcripción y síntesis proteica, ensamblaje y liberación.
- ❑ **Periodo de latencia:** periodo desde la infección hasta que se liberan los viriones al exterior. No se detectan virus infecciosos extracelulares.
- ❑ **Periodo de eclipse:** principio de la fase de latencia que comienza al entrar en la célula, se desensamblan y replican su genoma. No se detectan virus completos intracelulares.

CLASIFICACIÓN:

- El **Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV)** presenta un sistema de clasificación **dividiendo a los virus en órdenes (-virales) y familias (-viridae)** en base a:
 - Tipo de ácido nucleico
 - Tipo de replicación
 - Ausencia/presencia de envuelta
 - Simetría
 - Enfermedad que producen...



Poca utilidad

- **Clasificación de Baltimore**

Se basa en las características del genoma y su relación con el ARNm (ARN mensajero).

- - **Clase I:** virus **ADN bicatenario** (ADNds)
- - **Clase II:** virus **ADN monocatenario** (ADNss)
- - **Clase III:** virus **ARN bicatenario** (ARNds)
- - **Clase IV:** virus **ARN monocatenario de polaridad positiva** (ARNss+)
- - **Clase V:** virus **ARN monocatenario de polaridad negativa** (ARNss-)
- - **Clase VI:** virus **ARN monocatenario que se replica con un intermediario de ADN**
- - **Clase VII:** virus **ADN bicatenario que se replica con un intermediario de ARN**

BIBLIOGRAFIA

- <https://viralzone.expasy.org/>
- **Brock- Biología de los Microorganismos.** Madigan, MT, JM Martinko, PV Dunlap, DP Clark. 2009. 12^a ed. Pearson.Adison Wesley.
- - **MICROBIOLOGÍA de Prescott, Harley y Klein.** Willey, JM; Sherwood, LM y Woolverton, CJ 2009. 7^a ed. McGraw-Hill-INTERAMERICANA DE ESPAÑA, SAU
- - **Microbiología Médica.** Patrick R. Murray, Ken S. Rosenthal, Michael Pfaller. 2017. 8^a ed. Elsevier España SA.

TEMA 150. ASMA BRONQUIAL.

EDITA RAKASENE

LUZMILA SALCAN

ÍNDICE

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

1. CONCEPTO: ASMA

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

2. EPIDEMIOLOGIA.

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

2. EPIDEMIOLOGIA.

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

3. ETIOLOGIA.

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

4.1 PATOGENIA.

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

4.1 PATOGENIA.

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

4.2 PATOGENIA.

Células inflamatorias responsables:

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

4.3 PATOGENIA.

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

4.3 PATOGENIA.

- **Eicosanoides:** cicloxigenasa (prostaglandinas PGD₂ y PGF_{2a}, tromboxanos-Tx₂ y prostaciclina) y lipoxigenasa (leucotrienos: LTB₄-potente secretagogo producido por neutrófilos, LTC₄, LTD₄ y LTE₄-los 3 últimos SRS-A, secretados por mastocitos, basófilos y eosinófilos).
- **FAP:** Potente broncoconstrictor producido por mono, macro, neutro y eosino-agente quimiotáctico de eosinófilos.

4.4 PATOGENIA.

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

4.5 PATOGENIA.

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

4.5 PATOGENIA.

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

5. PATOLOGIA.

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

6. FISIOPATOLOGIA.

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

6. FISIOPATOLOGIA.

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

7. DIAGNOSTICO.

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

7.1 DIAGNOSTICO.

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

8. TRATAMIENTO.

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

8.1 TRATAMIENTO.

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

9. BIBLIOGRAFÍA

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

**TEMA 151. EFECTIVIDAD DE UN
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
MEDIANTE TERAPIA ASISTIDA CON
PERROS, EN JÓVENES VIOLENTOS
DE ENTRE 16-18 AÑOS EN UN
CENTRO DE EDUCACIÓN E
INTERNAMIENTO POR MEDIDAS
JUDICIALES EN ZARAGOZA.**

BEATRIZ ARTAL GARCIA

ÍNDICE

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

RELACIÓN ALFABÉTICA

ATT

Animal Assisted
therapy

CEICA

Comité Ético de
Investigación Clínica
de Aragón

**CUESTIONARIO
CAMA**

Cuestionario de
Actitudes Morales
sobre Agresión

CCAA

Comunidad
Autónoma

BOE

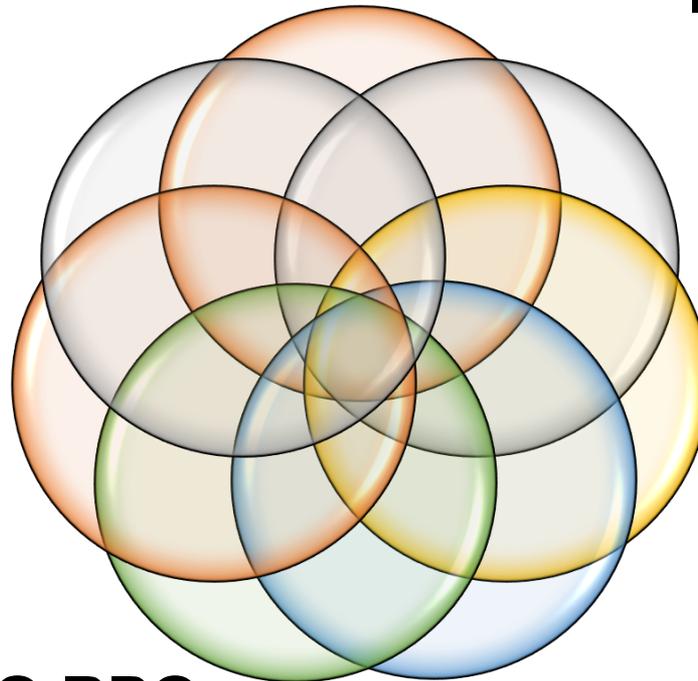
Boletín Oficial del
Estado

CUESTIONARIO RPQ

Cuestionario Agresión
Reactiva y Proactiva

CEIMJ

Centro de Educación e
Interpretación por Medidas
Judiciales



OBJETIVO

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

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

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

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

JUSTIFICACIÓN

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

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

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

MARCO DE REFERENCIA

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

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

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

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

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

➤ **Objetivo Principal**

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

➤ **Objetivo Secundario**

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

METODOLOGÍA

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

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

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

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

❖ **Criterios de inclusión**

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

❖ **Criterios de exclusión**

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

❖ **Tamaño de la muestra**

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

RESULTADOS

- Demostrar la efectividad y confirmar los beneficios físicos, psíquicos y sociales que aportan las TAA para la disminución de la violencia, el estado de ansiedad y mejora de las relaciones sociales entre jóvenes y adolescentes mediante terapia asistida con perros.
- Según la revisión bibliográfica podemos obtener dos posibilidades:
 - a) Cambio de comportamiento psicológico: disminuyendo la ansiedad y mejorando las relaciones sociales.
 - b) Efectos adversos: transmisión de zoonosis, lesiones cutáneas, pérdida de animales así como no demostrar la eficacia de la terapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Artime, A. Todo Llorens. M. & Matilla Martínez. M. Terapia asistida con perros.2010.

http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2010/80131/terapia_asistida_con_perros.pdf

2. Real Decreto 3250/1983,de 7 de diciembre, por el que se regula el uso de perros quía para deficientes visuales. *Boletín Oficial del Estado*. 2 de enero de 1984. 1:4.

<http://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1984-1>.

3. Organización Panamericana de la Salud. *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Washington D.C. 2002.

<http://www.msssi.Gob.es/ciudadanos/violencia/docs/informeOMS.pdf>

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

5. Fundación Affinity.

<http://www.terapiaconanimales.org/quienes.html>

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

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

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

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

ANEXOS

ANEXO I -CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO PARA EL PACIENTE

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

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

La investigadora D^a Beatriz Artal Garcí del Trabajo de Fin de Grado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Jorge.

Objetivos de la Investigación

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

Metodología

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

Beneficios del estudio

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

Confidencialidad de Datos:

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

D/D^a _____

Con DNI N^o _____ que libre y voluntariamente, DECLARO:

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

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: _____ (nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones

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

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del Tutor Legal Fecha

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante Fecha

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

Firma del investigador Fecha

En Zaragoza, a _____ de _____ 20__

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**TEMA 152. SÍNDROME DE
EHLERS-DANLOS
ENFERMEDADES RARAS.**

**ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ
MARÍA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ**

INDICE

- INTRODUCCIÓN
- METODOLOGÍA
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- PALABRAS CLAVE
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCION

Esta denominada dentro de las E.R de origen hereditario se caracteriza sobre todo por la hiperelasticidad de la piel, la hiperlaxitud de las articulaciones y la diátesis hemorrágica. La mayoría de los casos presentan un patrón autosómico dominante, en el resto serán patrones recesivos ligados al sexo. A lo largo de los años se han descrito diversos síntomas que se asocian con este síndrome como son: pies planos, fibromas, nebus, linfangiectasias, deficiencia mental, dientes supernumerarios, siringomielia, problemas de visión, dislocación articular, ruptura prematura de membranas durante el parto y en algunos casos muy extremos se puede presentar la ruptura de los órganos internos, válvulas cardiacas anormales y ruptura del globo ocular. Esto solo en el tipo denominado Ehrles-Danlos bascular, que es la forma mas grave de este síndrome.

METODOLOGIA

Una de las escalas que se aplicará para asegurar el diagnóstico asociadas a este síndrome será el test de Beighton y también los criterios de Brighton (los cuales detectan la hiperlaxitud ligamentosa, que es la movilidad articular de rango excesivo) estos procedimientos nos llevarán al diagnóstico correcto.

En algunos casos también se utiliza el método de Carter y Wilkinson en el que al menos tres de los siguientes criterios deberán cumplirse:

- Aposición pasiva del pulgar
- Hiperextensión pasiva de los dedos
- Hiperextensión del codo mas de 10 grados
- Hiperextensión de rodilla mas de 10 grados
- Dorsiflexión del tobillo y eversión del pie

RESULTADOS

Según diferentes estudios el síndrome de EDS actualmente no tiene cura, es diagnosticada con mayor frecuencia en niños pequeños y aunque disminuye su calidad de vida no va asociada a un incremento de la mortalidad, debido a la hiperlaxitud articular el dolor puede ser crónico y agudo. Tampoco existen tratamientos específicos pero sí alguno individualizado como son ejercicios de fisioterapia, rehabilitación, dispositivos de ayuda, terapias adecuadas a las manifestaciones extra-articulares, medicación para el dolor. A día de hoy no existe cirugía para esta patología.

CONCLUSION

El síndrome de EDS a pesar de su carácter hereditario no puede detectarse en fases prenatal, aunque se recomienda la asesoría genética en padres con antecedentes familiares. Una vez se manifiesta los tratamientos y técnicas proporcionadas ayudaran a la evolución del paciente alcanzando la edad madura.

PALABRAS CLAVE

- Hiperlaxitud
- Test Beighton
- Hipermovilidad
- Desorden hereditario
- Piel elástica
- Diatesis hemorrágica

BIBLIOGRAFÍA

<https://enfermedades-raras.org>

<https://Medlineplus>

Revista: Actualización clínica 2014, revistasbolivianas.org.bo

Revista: Cubana de Reumatología 19.(57-64)2017

Revista: Medica de Chile 2009. scielo.conycity.cl

**TEMA 153. EL SÍNDROME DE
BURNOUT SERÁ ENFERMEDAD
PROFESIONAL EN 2022.**

**LAURA RODRÍGUEZ PIÑERA
MARIA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA**

ÍNDICE

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

ORIGEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Etapa de distanciamiento. La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y responsabilidades de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.

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

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

Síntomas

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

- 1) Sentimientos de agotamiento
- 2) Aumento de la distancia mental del trabajo, o sentimientos de negatividad o cinismo relacionados con el trabajo;
- 3) Eficacia profesional reducida.

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

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

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

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

POSIBLES MEDIDAS PREVENTIVAS

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

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

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

CONCLUSIONES: LA NECESIDAD DE EVALUAR LOS RIESGOS

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

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

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

Metodología.

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

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

- 1.- Especialización de las materias y/o áreas que tratan.
- 2.- Amplitud geográficotemporal.
- 3.- Impacto en las consultas científicas.
- 4.- Tipo de documentos que indexan.
- 5.- Grado de comparación de los campos en los que se almacena la información
- 6.- Disponibilidad de acceso.

BIBLIOGRAFÍA

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

- “El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión”. Autora: Anabella Martínez Pérez de la Universidad de La Rioja, Vivat Academia.
- “Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario”. Autor: Juan Carlos Atance Martínez.
- Organización Mundial de la Salud año 2019, de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).
- Universia España. Universia.net
- [“Manual de Psicología aplicada al trabajo y a la prevención de los riesgos laborales”](#) Autor: Pedro Rafael Gil-Monte. Ediciones Pirámide ISBN:978-84-368-3144-3 .
- [“El síndrome de quemarse por el trabajo \(burnout\) “](#). Autores: Pedro Rafael [Gil-Monte y Bernardo Moreno Jiménez](#). Ediciones Pirámide. ISBN 978-84-368-2112-3.
- [“El síndrome de quemarse por el trabajo \(burnout\) “](#). Autor: Pedro Rafael [Gil-Monte](#). Ediciones Pirámide. ISBN 978-84-368-1949-6.

- [“Desgaste psíquico en el trabajo”](#). Autores: [Gil-Monte, Pedro R. y Peiró, José María](#). Ediciones Síntesis. ISBN 978-84-7738-472-4.
- [“CESQT, Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo”](#) Autor: [Gil-Monte, Pedro R.](#) TEA EdicionesU. ISBN 978-84-15262-16-9 .
- Maslach, Christina; Schaufeli, Wilmar; Leiter, Michael (2001). «Job Burnout». *Annual Review of Psychology* **52** (1): 397-422. [ISSN 0066-4308](#).
- Davis, Bancroft (2010). «Preventing clergy Burnout: Assessing the value of a mindfulness-based intervention as part of a holistic clergy wellness program». *Dissertation Presented to The Faculty of the Department of Professional Psychology Chestnut Hill College In Partial Fulfillment of the Requirements of the Degree Doctor of Psychology*. Department of Professional Psychology, Chestnut Hill College. p. 126. UMI 3437455.

TEMA 154. LA ANSIEDAD.

**PAULA CASTRO PARIENTE
VANESSA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ**

ÍNDICE

- 1. ¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?**
- 2. TIPOS DE TRASTORNOS**
- 3. CAUSAS**
- 4. SÍNTOMAS**
- 5. SENTIMIENTOS**
- 6. CUANDO VISITAR AL MÉDICO**
- 7. PROBLEMAS MEDICOS RELACIONADOS**
- 8. COMPLICACIONES**
- 9. PREVENCIÓN**
- 10. BIBLIOGRAFIA**

1. ¿QUÉ ES LA ANSIEDAD?

Es un mecanismo universal de defensa que reacciona ante un peligro o una amenaza, se puede presentar en todas las personas. Cuya función consiste en mantener al organismo en alerta para combatir los riesgos total o parcialmente.

2. TIPOS DE TRASTORNOS

- Agorafobia.
- Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Trastorno de pánico.
- Mutismo selectivo.
- Trastorno de ansiedad por separación.
- Fobia social o específica.
- Trastorno de ansiedad por sustancias.
- Trastorno de ansiedad específico y no específico.

3. CAUSAS

- Acumulación de estrés.
- Trauma.
- Estrés por enfermedad.
- Personalidad.
- Trastornos mentales.
- Drogas.
- Alcohol.

4. SÍNTOMAS

- Físicos
- Psicológicos
- Intelectuales o cognitivos
- De conducta
- Sociales

Los síntomas más comunes son:

- Sensación de peligro, pánico, nerviosismo, tensión
- Aumento del ritmo cardíaco
- Sudoración y temblores
- Sensación de debilidad

5. SENTIMIENTOS

- Infidelidad.
- Depresión.
- Irritabilidad.
- Alteración del sueño.

6. CUANDO VISITAR AL MÉDICO

- Cuando se sienta una preocupación e interfiera en la vida personal, en el trabajo...
- Estar deprimido.
- Pensamientos suicidas.

7. PROBLEMAS MÉDICOS RELACIONADOS

- Enfermedad cardiaca.
- Diabetes.
- Hipotiroidismo.
- EPOC, asma.
- Intestino irritable.
- Abstinencia.

8. COMPLICACIONES

- Abusos de sustancias.
- Depresión.
- Insomnio.
- Dolor de cabeza.
- Suicidio.
- Problemas intestinales y digestivos.

9. PREVENCIÓN

- Pedir ayuda.
- Mantenerse activo.
- Evitar el consumo de alcohol y drogas.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Arrieta Vergara Katherine M., Díaz Cárdenas Shyrley, González Martínez Farith. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2014 Feb [citado 2019 Jun 21] ; 7(1): 14-22. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2014000100003&lng=es
- López Ibor M. I.. Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2007 Mayo [citado 2019 Jun 21] ; 24(5): 209-211. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001&lng=es

- González Ceinos Martha. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2007 Mar [citado 2019 Jun 19]; 23(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100013&lng=es
- Clinicadeansiedad.com [citado 2019 Jun 20] Disponible en:
<https://clinicadeansiedad.com/soluciones-y-recursos/preguntas-mas-frecuentes/cuales-son-los-sintomas-de-la-ansiedad/>

**TEMA 155. LA FASCITIS PLANTAR
EN EL CORREDOR TRATADA CON
DOS TÉCNICAS DE
ELECTROESTIMULACIÓN: EL
ULTRASONIDO Y LAS ONDAS DE
CHOQUE.**

**CARMEN NAZARETH RIESCO CORROS
JESSICA BUENO FERNANDEZ.**

ÍNDICE:

1) INTRODUCCIÓN.

2) ANATOMÍA DEL PIE

3) DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

4) RECUERDO ANATÓMICO DE LA FASCIA PLANTAR.

5) DESCRIPCIÓN DE LAS DOS TÉCNICAS:

- ULTRASONIDO

- ONDAS DE CHOQUE

6) MARCO METODOLÓGICO:

- Método: a) criterios de inclusión.

- b) criterios de exclusión.

7) RESULTADOS.

8) CONCLUSIÓN.

9) BIBLIOGRAFÍA.

1) INTRODUCCIÓN:

La fascitis plantar es la lesión más habitual en el corredor, está catalogada como una de las lesiones más temidas en el pie y que puede llegar a retirar al deportista de su actividad deportiva durante un periodo muy largo de tiempo, encontrándose incidencias de un 66,7 % en corredores de fondo, dándose entre los 40 y los 60 años de edad, sin diferencia entre hombres y mujeres.

Hoy en día la fascitis plantar está catalogada como la lesión más normal entre los corredores de fondo y seguramente la lesión que a más corredores retira de la práctica deportiva.

Con éste estudio he intentando buscar un tratamiento más efectivo y a menor corto plazo para una lesión bastante incapacitante en un deportista.

2) ANATOMÍA DEL PIE

El pie es la parte anatómica más distal de las extremidades inferiores. El pie se articula con la pierna por medio del tobillo. La configuración de los pies permite la bipedestación en la marcha erguida.

Los pies están estructurados para soportar el peso de nuestro cuerpo. Es la única parte del cuerpo en contacto con el suelo cuando estamos de pie o nos movemos y desempeñan distintas funciones:

- Actúan como amortiguadores
- Nos ayudan a mantener el equilibrio sobre superficies desiguales.
- Nos proveen de la propulsión, elasticidad y flexibilidad necesarias para caminar, saltar y correr.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Es importante hacer un diagnóstico diferencial ya que un buen diagnóstico nos llevará a seguir un buen plan de tratamiento.

Debemos de hacer un diagnóstico diferencial de la talalgia, del síndrome del túnel tarsiano, del atrapamiento de la primera rama del nervio plantar lateral, del atrapamiento del nervio calcáneo medial, de la neuropatía periférica, de una ruptura de la fascia plantar, de las entesopatías, de una atrofia de la almohadilla grasa, de una tendinitis aquílea, de la tendinitis del flexor largo del dedo gordo, de la fibromatosis plantar, de la tendinitis del tibial posterior, de la fractura por estrés del calcáneo, de una contusión ósea, de la osteomielitis, de la pioartrosis subastragalina, de artropatías inflamatorias, de neoplasias, de insuficiencia vascular.

3) RECUERDO ANATÓMICO DE LA FASCIA

La fascia es una membrana fibrosa de tejido conectivo que envuelve los músculos, forma las cápsulas articulares, los tendones y los ligamentos.

La fascia es como una segunda piel, todo nuestro cuerpo está recubierto por tejido fascial. Entre las funciones de la fascia está reducir la fricción para minimizar la reducción de la fuerza muscular, proporcionar un ambiente de deslizamiento para los músculos, suspender los órganos en su lugar apropiado, transmitir el movimiento de los músculos a los huesos, proporcionar una envoltura de apoyo que pueda moverse para los nervios y los vasos sanguíneos a medida que pasan a través y entre los músculos.

La fascia plantar concretamente es una estructura plana, gruesa y fibrosa formada por tejido conectivo, situada en la planta del pie, que se origina en el calcáneo y se inserta en las falanges proximales de los dedos de los pies.

5) DESCRIPCIÓN DE LAS DOS TÉCNICAS UTILIZADAS PARA EL ESTUDIO:

ULTRASONIDO.

Es una forma de energía que proviene de las vibraciones mecánicas. Esta energía se propaga en forma de ondas de compresión longitudinal y necesita de un medio elástico para ser transmitido. Se entiende por tratamiento ultrasónico el empleo de vibraciones sonoras en el espectro no audible, con fines terapéuticos. En los años cincuenta se generaliza su uso como una nueva forma de diatermia. Se emplea como agente de diatermia selectiva, antiinflamatorio y analgésico. El ultrasonido terapéutico tiene dos frecuencias:

- Frecuencia Alta: Es de 3 Mhz. Es poca penetración. Indicado en tratamientos superficiales.
- Frecuencia baja: Es de 1 Mhz. Mayor penetración. Utilizado en tratamientos profundos.

ONDAS DE CHOQUE:

Las ondas de choque son ondas acústicas de alta energía que pueden generarse de distintas formas tecnológicas diferenciadas por su generador focal o generador radial.

Actualmente, son ampliamente utilizadas en la medicina regeneradora, en la rehabilitación musculo-esquelética para tratar la inflamación, la calcificación, los procesos condrales y para el alivio del dolor. También están siendo ampliamente utilizadas en el tratamiento desintegrador de los cálculos renales y pancreáticos. Es ya, por tanto, un procedimiento terapéutico habitual de primera opción, sobre todo en fisioterapia, ortopedia y medicina deportiva.

Las ondas de choque con fines terapéuticos son unas ondas de presión que se generan de forma rápida con una fase de presión positiva seguido de una fase de presión negativa con suficiente fuerza tensil para provocar cavitación en un fluido.

6) MARCO METODOLÓGICO:

A) Objetivos de la investigación :

1) Hipótesis de trabajo: comprobar que tratamiento es más eficaz y efectivo en una fascitis plantar. El tratamiento con ULTRASONIDO o el tratamiento con ONDAS DE CHOQUE.

2) Objetivos:

- Valorar o comparar la influencia de ambas técnicas (ultrasonido y ondas de choque) en la patología de la fascitis plantar.
- Valorar la influencia de dichas técnicas por separado en la del dolor y en la cronicidad de éste.
- Valorar la evolución.
- Valorar la mejoría en el patrón biomecánico d la marcha

B) Método:

Se realizó un estudio a veinte pacientes con una fascitis plantar diagnosticada por su médico mediante ecografía. Dichos pacientes fueron divididos en dos grupos. Grupo A formado por diez pacientes y tratado con ULTRASONIDO , y grupo B formado por otros diez pacientes y tratados con ONDAS DE CHOQUE.

- Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años y menos de 70
- Paciente diagnosticado mediante estudios como resonancia magnética, ecografía o escanner que está afectado por una fascitis plantar.
- Dolor agudo en planta del pie en un rango de tiempo comprendido entre un mes y seis meses de evolución.
- Que el paciente no haya recibido otro tipo de tratamiento de fisioterapia.
- Que el paciente esté dispuesto a seguir unas pautas para poder realizar correctamente el tratamiento sin que influyan otros

- Criterios de Exclusión:

- Pacientes con fiebre, infecciones u otras enfermedades graves y pendientes de tratamiento.
- Pacientes con Artritis Reumatoidea diagnosticada.
- Pacientes con osteoporosis.
- Pacientes con tratamientos de anticoagulantes.
- Pacientes con tumores sistémicos.
- Pacientes que hayan sido recientemente infiltrados con corticoides.
- Pacientes que no quieran recibir el tratamiento al informarles de que las ondas de choque provocan dolor.
- Pacientes embarazadas.

Antes de aplicar el tratamiento seguimos varias pautas:

- Realizamos un examen:

1• Entrevista

2• Observación

3• Inspección

4• Palpación

5• examen clínico de los sistemas corporales

6• Pruebas específicas

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR:

- a) Localización.
- b) Forma de inicio: súbito, rápido, lento, progresivo..
- c) Origen del dolor.
- d) Intensidad. Medición a través de escalas y cuestionarios. He usado la escala analógica de clasificación numérica, que consiste en que a la persona se le pide que seleccione un número entre cero y diez, en el que el cero es nada de dolor y el diez es el peor dolor imaginable, para identificar que tanto dolor está sintiendo.
- e) Duración. Si el dolor es agudo o crónico.
- f) Frecuencia. Continuo, periódico, ocasional, intermitente, recurrente o transitorio.

Aplicamos (el ultrasonido) a diez pacientes escogidos al azar de los que tenemos para el estudio, una dosis de 1W/cm cuadrado con pulsos de 3Mz durante diez minutos por toda la planta del pie, desde el tendón de aquiles hasta las falanges proximales de los dedos. Se les realizarán diez sesiones , una diaria.

Por otro lado aplicamos a los diez restantes las ondas de choque, dicho tratamiento lo realizamos con el equipo ESWT Shark med , y con una frecuencia de 6Hz y una presión de 3MPa, lo haremos una vez semana, durante un mes, por lo que aplicaremos cuatro sesiones por paciente. Igual que en el tratamiento con ultrasonido el paciente no podrá realizar ninguna actividad que conlleve impactos bruscos, deporte ni caminar demasiado.

RESULTADOS:

Se realiza el estudio durante un mes.

GRUPO A: De los diez pacientes tratados durante diez sesiones con ultrasonido podemos sacar varios datos:

- Seis de los diez pacientes notan leve mejoría, su pisada es mejor, notan menos dolor al caminar y manifiestan que el alivio al ponerse de pie después de un rato en reposo es bastante importante.
- Tres de los diez pacientes no notan ninguna mejoría, continúan con una fascia retraída, y densa, con dolor y rojez a la palpación y con una marcha bastante dificultosa.
- Y un paciente nota mucha mejoría, la inflamación ha bajado y el apoyo monopodal es realizado sin ningún dolor. Además su escala era de un siete y ahora refiere un dos, por lo que consideramos que es una mejoría importante.

GRUPO B: los diez pacientes tratados unicamente con ondas de choque al cabo de un cuatro sesiones nos refieren que ;

- un paciente deja el estudio por no aguantar el dolor provocado por las ondas de choque. Intentamos bajarle la intensidad pero se niega a seguir con el tratamiento.

- cuatro pacientes continúan con mucho dolor, aunque si observamos que a la palpación y a la observación la fascia ha disminuido de tamaño y su apoyo es más normal sin compensar y apoyando casi correctamente, eso sí los pacientes siguen refiriendo mucho dolor al caminar.

- Y cinco pacientes han notado mejoría en cuanto al dolor , tanto al caminar, como al estar tiempo de pie o al realizar alguna actividad que antes provocaba mucho dolor e impedía realizarla. A la palpación observamos una fascia menos engrosada y un color y una piel menos irritada.

CONCLUSIÓN:

Existe gran arsenal terapéutico para el tratamiento de la Fascitis Plantar que va desde el tratamiento conservador hasta la cirugía en los casos más perseverantes. Actualmente dentro del tratamiento conservador tenemos los medios físicos y los ejercicios específicos de fisioterapia.

Dentro de los ejercicios físicos estos irán dirigidos a flexibilizar y a fortalecer la musculatura de la región. Se debe hacer especial hincapié en los ejercicios de estiramiento y potenciación muscular, así como las modificaciones biomecánicas adecuadas al momento de proceso.

Es importante comenzar lo antes posible ya que si se comienza antes de las seis semanas del inicio de los síntomas se cree que el pronóstico es más favorable . El tratamiento conservador deberá prolongarse si es preciso al menos durante seis meses, antes de plantearse cirugía.

Como tratamiento conservador podemos usar:

- El vendaje funcional puede evitar la inflamación por repetidos impactos, disminuir la tensión de la fascia y provocar relajación de la misma. Es de gran sencillez y efectividad y se realizará en función de la actividad del sujeto y de la deformación establecida.

- Mediante el masaje transversal profundo en la inserción de la fascia plantar en su parte posterior según la técnica Cyriax, no menos de 5 minutos al día. Se coloca en tensión la fascia plantar, esto se consigue llevando el pie hacia flexión dorsal, y ahí es donde se aplica el masaje tipo Cyriax. También se puede realizar masoterapia de relajación de la cadena posterior para reducir tensión.

Como único tratamiento y más efectivo consideramos que son las ondas de choque ya que proporcionan a corto tiempo una importante y relevante mejoría. Personalmente las combinaría con ultrasonido, crioterapia y los estiramientos de gemelos, triceps sural, fascia de los pies, fascia de los dedos, sóleo. Y un buen vendaje funcional.

La eficacia de los ultrasonidos para tratar cualquier tipo de dolor parece bastante limitada.

Más del 96% de los pacientes tratados con ondas de choque en fascitis plantar están satisfechos con el resultado. Se produce una disminución del dolor en un 71% . El alivio puede ser a largo plazo, sobre un año después de recibir el tratamiento. Los pacientes retornan a su vida deportiva más rápido después del tratamiento. Es un tratamiento rápido, efectivo y no invasivo. Además se ha convertido en una alternativa a la cirugía en muchos casos que , hasta ahora precisaban de intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA:

- Martin RL, Davenport TE, Reischl SF, McPoil TG, Matheson JW, Wukich DK, et al; American Physical Therapy Association. Heel pain—plantar fasciitis: revision 2014. J Orthop Sports Phys Ther. 2014;44:A1 33.
- Goyal, M., Kumar, Ashok, Mahajan, N., Moitra, M. Treatment of Plantar Fasciitis by Taping vs. Iontophoresis: A Randomized Clinical Trial. Journal of Exercise Science and Physiotherapy, Vol. 9, No. 1: 34-39, 2013.
- Roman Podolsky, Leonid Kalichman. Taping for plantar fasciitis. Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 00 (2014) 1–6.
- Carlton J. Covey, MD Mark D. Mulder, MD. Plantar Fasciitis: How Best to Treat?. From The Journal of Family Practice. 2013;62(9).
- Running.es [Internet]. España: Roig M; 2013 [actualizado 27-02-2013; citado 6 de mayo de 2015]. Disponible en: http://running.es/lesiones/lesiones-fascitis-o-fasciosisplantar#.VSQH5pOG_B4

TEMA 156. INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN EN EL PERSONAL SANITARIO, PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD

**TAMARA BELLOSO CUESTA
MARTA GONZÁLEZ CASTAÑO
ALBA GONZÁLEZ DÍAZ**

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVOS
- MÉTODO
- RESULTADOS
- CONCLUSIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

La Organización mundial de la salud define la nutrición como “la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud”.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y disminuir la productividad.

Para que una dieta sea sana y equilibrada es necesario que contenga todos los nutrientes y las cantidades adecuadas para cubrir las necesidades del organismo.

OBJETIVOS

Se estudiaron los diferentes hábitos de vida y la relación de los aspectos nutricionales en el personal sanitario en turno rotatorio.

El objetivo principal es conocer cómo influye la alimentación en la salud, desarrollo físico y mental, productividad, la prevención de la enfermedad en los profesionales, así como definir los conceptos importantes a tener en cuenta, los diferentes hábitos alimenticios en la actualidad del profesional sanitario, investigando los problemas que surgen, el estrés laboral, tomando como tema elemental el aspecto nutricional y la influencia en el ámbito del trabajo de forma emocional.

MÉTODO

Se ha realizado un estudio contando con la participación de 20 profesionales sanitarios que realizan turnos rotatorios, que han realizado un cuestionario durante 10 días en los que registraron cómo fue su alimentación diaria, tomando como referencia las pautas de la OMS, sus turnos y como influye en su estado de ánimo.

RESULTADOS

Según publicación de la Organización mundial de la OMS la dieta adecuada para los adultos incluye:

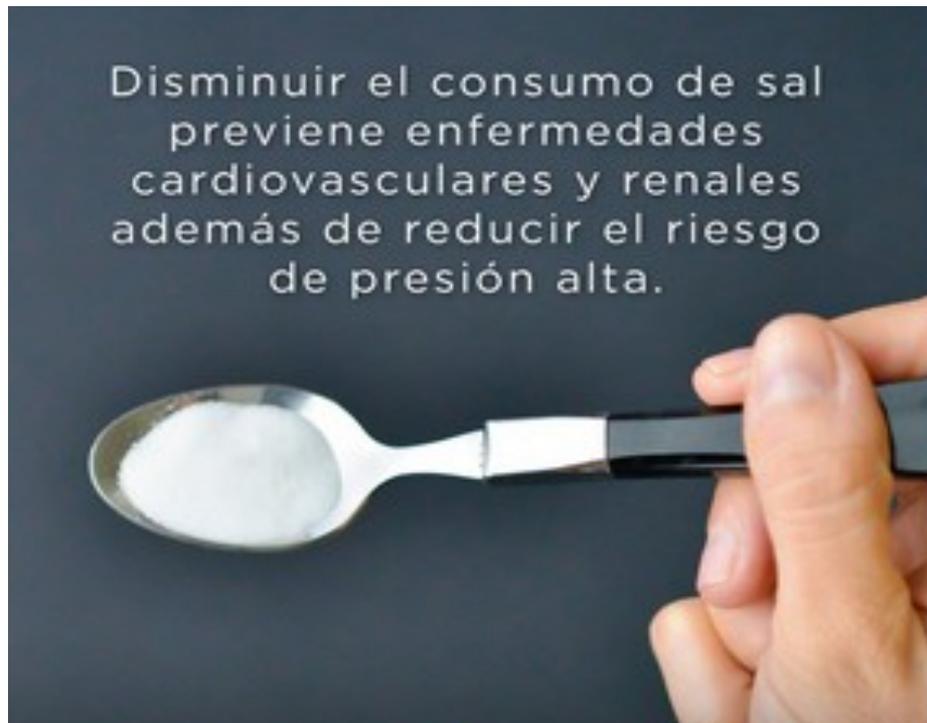
1. Frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales. Al menos 400 g (o sea, cinco porciones) de frutas y hortalizas al día, excepto papas, batatas, mandioca y otros tubérculos feculentos.

2. Menos del 10% de la ingesta calórica total de azúcares libres, que equivale a 50 gramos (o unas 12 cucharaditas rasas) en el caso de una persona con un peso corporal saludable que consuma aproximadamente 2000 calorías al día. Los azúcares libres son todos aquellos que los fabricantes, cocineros o consumidores añaden a los alimentos o las bebidas, así como los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes y los zumos y concentrados de frutas.

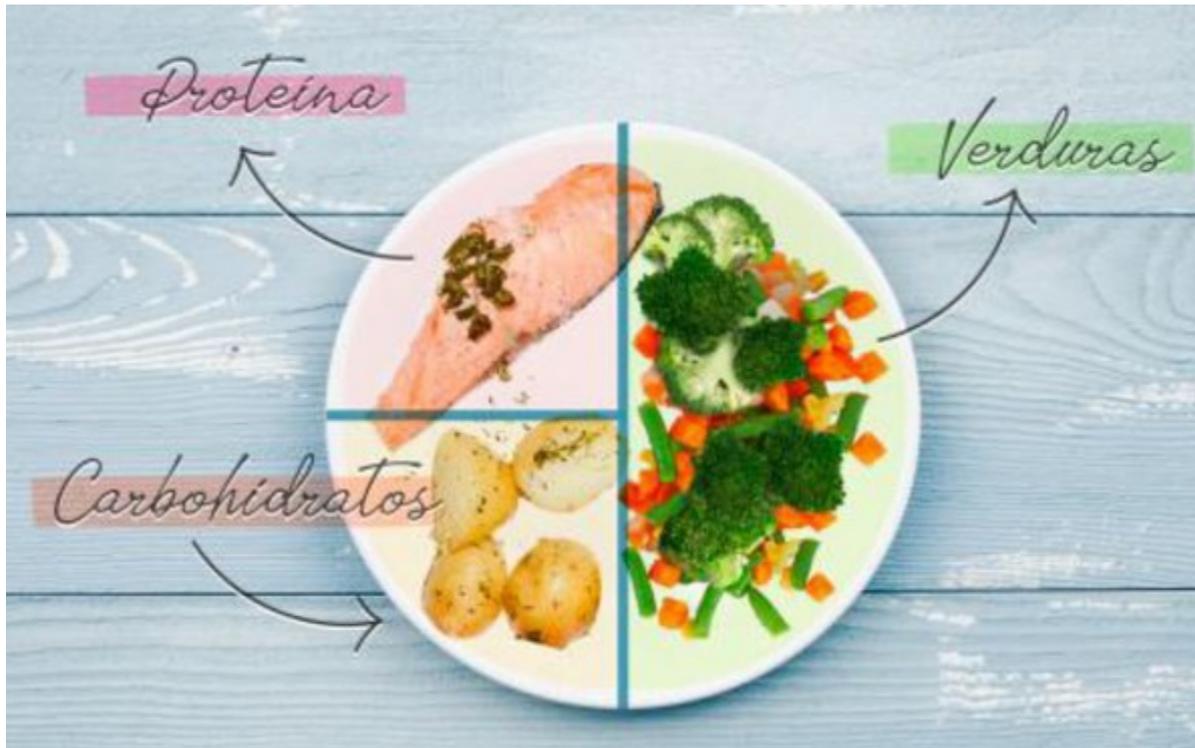
3. Menos del 30% de la ingesta calórica diaria procedente de grasas. Las grasas no saturadas (presentes en pescados, aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja, canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, la mantequilla clarificada y la manteca de cerdo), y las grasas trans de todos los tipos, en particular las producidas industrialmente (presentes en pizzas congeladas, tartas, galletas, pasteles, obleas, aceites de cocina y pastas untables), y grasas trans de rumiantes (presentes en la carne y los productos lácteos de rumiantes tales como vacas, ovejas, cabras y camellos).

Se sugirió reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta total de calorías, y la de grasas trans a menos del 1%. En particular, las grasas trans producidas industrialmente no forman parte de una dieta saludable y se deberían evitar.

4. Menos de 5 gramos (aproximadamente una cucharadita) al día. La sal debería ser yodada.



5. El plato principal debe estar compuesto por 50% de verduras y hortalizas, 25% proteínas, 25% carbohidratos.



Se han estudiado cuantos de los encuestados siguen este patrón de la OMS, a través de un formulario de preguntas en la que aparecen todas estas pautas de alimentación saludable, registrando sus comidas diarias. Se ha comprobado que ningún profesional tras su jornada laboral, logra esta pauta diaria en todas sus comidas durante todos los días del estudio. Sin embargo hay solamente cinco personas que confirman que siguen tres de las cinco pautas.

El resto han contestado que todos los días han realizado únicamente correctamente dos de las pautas recomendadas.

Sorprende que tras el turno de noche el 80% de los trabajadores aumentan la ingesta calórica total de azúcares libres, superando el 10% equivalentes a 50 gramos, recomendado por la OMS.



Se ha demostrado que un aumento de las horas fuera de casa, el estrés laboral, no llevar unas pautas de alimentación adecuada, tiene consecuencias para la salud y el rendimiento intelectual y laboral de las personas.

En ocasiones nos sentimos agotados y pensamos que es estrés, porque tenemos dolor de cabeza, insomnio, cambios de humor, pero en realidad se trata de una deficiencia en la alimentación.

Si los hábitos alimentarios mejoran, se pueden prevenir enfermedades crónicas, malnutrición por excesos o déficit alimentario, también problemas de atención y concentración.

Es fundamental tener en cuenta las necesidades diarias de cada persona y la salud, para ofrecer herramientas que mejoran la efectividad y rendimiento de los trabajadores. La nutrición es primordial a la hora de sentirse bien, con energía y potenciar el día.

CONCLUSIÓN

Cuando se trabaja a turnos con diferentes horarios, cambiamos el ritmo diario y las rutinas pueden empezar a debilitarse: ciclos de sueño y vigilia, tiempo para realizar ejercicio, tiempo para el ocio y por supuesto, la alimentación.



Con las jornadas de turnos, sobre todo cuando se incluyen los nocturnos, las personas suelen sufrir más sobrepeso y enfermedades cardiovasculares que el resto de la población.

Mantener una alimentación sana y equilibrada es una cuestión básica para la prevención de enfermedades. Se sabe que la mejor medicina para el organismo es la preventiva, y no hay mejor forma de prevenir enfermedades que mediante un estilo de vida saludable, que combine el ejercicio físico con una dieta equilibrada, asegurándonos una correcta nutrición e hidratación.

BIBLIOGRAFÍA

An action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids. WHO/NMH/NHD/18.4. Geneva: World Health Organization; 2018.

Alimentación sana [Internet]. Who.int. 2018 [cited 26 May 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.

**TEMA 157. PROYECTO DE MEJORA
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
PEDIÁTRICOS: AFRONTAR LA
MUERTE.**

JOSÉ M. MONFORTE-ESPIAU

ÍNDICE

- IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y PRIORIZACIÓN
- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA
- ANÁLISIS DE LAS CAUSAS
- PROPUESTAS DE MEJORA
- FORMULACIÓN DE CRITERIOS
- DISEÑO DE LA EVALUACIÓN
- BIBLIOGRAFÍA

IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y PRIORIZACIÓN

Preocupa al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), y es importante por varias razones:

- Afecta a lo más fundamental del ser humano: la vida y el fin de la misma.
- Al contrario de la población general, en que es un hecho extraordinario, al personal de la UCIP le sucede con cierta frecuencia en su trabajo diario.
- Por la primera de las razones, y a pesar de la segunda, tiene una gran repercusión emocional en el personal.
- La muerte de un niño altera el orden natural, es uno de los mayores estresores a los que una persona se puede enfrentar.

- Algunos profesionales pueden necesitar aislarse de pacientes y familias cuyo futuro puede causar dolor y pesar, expresiones exageradas duelo.
- Síntomas físicos: trastornos sueño, agotamiento,...

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

- Opiniones, reflexiones y reacciones personal sanitario.
- Estudio de casos, describir contexto, recoger información en forma de percepciones y experiencias, grupo de trabajo.
- Entrevistas a padres de niños fallecidos.
- ES PERCIBIDA COMO NO ADECUADA.

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

- Expectativas, fracaso terapéutico, frustración.
- Decisiones con frecuencia ambiguas; gran variabilidad al tomar y llevar a cabo estas decisiones.
- Dificultades en proporcionar información consistente a las familias.
- Alargar situaciones irreversibles con el consiguiente sufrimiento.
- Ingresos recurrentes, prolongados.
- Rol no fácil de definir, implicación exagerada.
- Estrés postraumático.

- Dilemas éticos.
- Estructura física y normas de la unidad.
- Presiones de tiempo, entorno estresante.
- Distintos grados de experiencia.
- Factores físicos, psicológicos, familiares, sociales, filosofía y valores personales, creencias religiosas y su interpretación.
- Aspectos contextuales:
 - Familias tensas y afligidas, conflictos.

PROPUESTAS DE MEJORA

- Formación:
 - Puente entre metas cuidados intensivos (luchar contra la muerte) y paliativos (aceptación de la muerte como resultado).
 - Habilidades psicosociales, estrategias que pueden ayudar a afrontar las múltiples pérdidas, manejo de la propia angustia, facilitadores y barreras para una atención óptima a las familias.
 - Recomendaciones sobre cómo actuar ante la muerte inminente del niño e inmediatamente después.
 - Habilidades de comunicación, elección lenguaje apropiado.
- Investigación:
 - Reuniones post mortem con los padres.

FORMULACIÓN DE CRITERIOS

1. Necesidad de que los profesionales de la UCIP elaboren el duelo, afrontamiento positivo del duelo y de la pérdida, desarrollo respuestas adaptación.
2. Satisfacción familia.
3. Vulnerabilidad al Burnout. Hacer más gratificante experiencia de trabajar, mejorar calidad de vida, prevenir pérdida de personal con muchas habilidades.

DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

1. Entrevista personal, análisis cualitativo contenido, conceptos clave (códigos), citas asociadas.
2. Cuestionario por correo familias, 2 semanas, dejar tiempo suficiente duelo (al menos 1 año).
3. Cuestionario datos sociodemográficos (cansancio emocional “CE”, despersonalización “DP”, realización personal “RP”, ocupación, estado civil, tiene hijos, tipo de turno que realiza, antigüedad UCIP) e inventario de Maslach (MBI): 22 afirmaciones sobre sentimientos y actitudes, likert de 0 a 6, altas puntuaciones en CE y DP, y bajas en RP permiten determinar el síndrome.

BIBLIOGRAFÍA

Jofré V, Valenzuela S. Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Aquichan. 2005;5(1):56-63.

Martín JM, Trias M, Gascón J. Cuidados paliativos. An Pediatr (Barc). 2005;62(5):479-88.

Salas Arrambide M, Gabaldón Poc O, Mayoral Miravete JL, González Pérez-Yarza E, Amayra Caro I. Los cuidados paliativos pediátricos: un modelo de atención integral al niño gravemente enfermo y a su familia. An Pediatr (Barc). 2004;61(4):330-5.

Tagarro García A, Dorao Martínez-Romillo P, Moraleda S, López P, Moreno T, San-José B, Martínez Biarge M, Tapia Moreno R, Ruza-Tarrío F. Cuidados al final de la vida en una unidad de cuidados intensivos pediátricos: evaluación por parte del personal y de los padres. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68(4):346-52.

TEMA 158. ESTIMULACIÓN EN LA EDAD AVANZADA.

CARLA MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

MONTSERRAT VIGUERA SOLÍS

YARINA PRIETO ALCAÑIZ

MARTHA CECILIA GONZÁLEZ VARGAS

ÍNDICE

1º INTRODUCCIÓN

2º OBJETIVOS

3º MATERIAL Y METODOLOGIA

4º DESARROLLO

5º CONCLUSIONES

6º BIBLIOGRAFIA

1º INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida conlleva la crecida de los casos de enfermedades e incapacidades por lo que se deben aplicar actividades preventivas para el aumento de la expectativa de vida activa.

La Organización Mundial de la Salud señala que “para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad”.

2º OBJETIVOS

- Promover una vida física y mental activa
- Potenciar su autodeterminación y autonomía

Se trata de la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

Se aplicaría tanto a las personas como a los grupos de población.

3º MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se ha realizado una investigación bibliográfica para plantear un conjunto de actividades con el objetivo de conseguir un envejecimiento positivo tanto físico como psicológico

4º DESARROLLO

La metodología del proyecto tiene como principales características la participación y la flexibilidad, ya que los participantes serán muy diversos. Habrá una sesión de presentación y dos de evaluación una en la mitad del proyecto y otra al final.

Las actividades serán de distintas temáticas todas respondiendo a los objetivos anteriormente dichos, habrá sesiones de hidroterapia, musicoterapia, talleres tanto de cocina como de costura, charlas sobre distintos colectivos y voluntariados.

5º CONCLUSIONES

Evitar en la medida de lo posible el aumento de los síntomas del envejecimiento, proporcionando actividades que mantengan una vida activa y evitando el sedentarismo y la dependencia.

6º BIBLIOGRAFIA

- Terapias innovadoras aplicadas al cuidado de las personas dependientes. Balance sociosanitario de la dependencia y la discapacidad [Internet]. 2012 [25 my 2018]. Disponible en: https://www.balancesociosanitario.com/Terapias-innovadoras-aplicadas-al-cuidado-de-las-personas-dependientes_a1354.html
- Cristina Román Sangrador. Envejecimiento activo: concepto y terminología [internet]. Geriatricarea: GeriatricArea; 27 junio, 2018 [consultado]. Disponible en: <http://geriatricarea.com/envejecimiento-activo-concepto-y-terminologia/>

TEMA 159. COLECHO SEGURO: RECOMENDACIONES A LAS FAMILIAS

LEIRE AZCONA CIRIZA

ÍNDICE

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

INTRODUCCIÓN

- El término colecho proviene del inglés co-sleeping o bed-sharing y se refiere a la situación en la que el niño comparte cama o cuna adosada a la cama de manera habitual con su cuidador principal todas las noches y durante al menos cuatro horas.
- El colecho es una práctica muy común en países orientales, también lo era en Europa en el siglo XIX, pero un cambio cultural y las mejoras económicas de la población separaron a los padres de sus hijos para dormir.

INTRODUCCIÓN

- Actualmente la práctica del colecho en nuestra sociedad va en aumento debido a la influencia de los partidarios de la crianza con apego. Sin embargo, existe mucha controversia y genera dudas en las madres y padres, por ello, es necesaria información de como llevarlo a cabo de manera segura, ventajas y desventajas.

OBJETIVO

- Proporcionar a los profesionales de enfermería conocimientos relacionados con el colecho y su práctica de manera segura basados en la evidencia científica disponible en la actualidad.

METODOLOGÍA

- Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos Cochrane, ScieLo, Science Direct y Google Académico. Utilizando los descriptores “colecho” “dormir con los padres” “ventajas” “inconvenientes” “bed-sharing” “co-sleeping” “advantage” y “disadvantages” relacionándolos con los operadores booleanos AND y OR.
- Se revisan artículos en inglés y español desde el año 2014 hasta la fecha actual.

RESULTADOS

RECOMENDACIONES

- Temperatura habitación: 18 a 20°C.
- Humedad de entre el 40 y el 60%.
- Colchón firme y plano.
- Posición supina del bebé. No cubrirle la cabeza.
- Usar sábanas y mantas en lugar de colchas o edredones de plumas.
- No abrigar demasiado al niño.

RESULTADOS

NO SE RECOMIENDA COLECHO

- Bebés lactantes menores de 3 meses.
- Bebés prematuros o de bajo peso al nacer.
- Padres fumadores, consumidores de alcohol, drogas o fármacos sedantes.
- Situaciones de cansancio extremo (postparto inmediato).
- Colecho sobre superficies blandas, colchones de agua, sofás o sillones.
- Compartir cama con familiares, otros niños o múltiples personas.

RESULTADOS

BENEFICIOS

- Facilita la instauración y mantenimiento de la lactancia materna.
- Aumentan el número de tomas nocturnas, sin embargo, favorece el descanso materno.
- Favorece el establecimiento del vínculo afectivo.
- Su relación con el síndrome de muerte súbita del lactante permanece poco clara dada la variabilidad e inconsistencia de los trabajos encontrados.

CONCLUSIONES

- La práctica más segura es aquella que conlleva el uso de una cuna de colecho adosada a la cama de los padres.
- El colecho favorece la lactancia materna, pero también aumenta el número de despertares nocturnos y las infecciones respiratorias.
- Corresponde a los profesionales de enfermería según la evidencia científica asesorar y compartir la información para evitar situaciones de riesgo conocidas y son las familias los que tienen la decisión última sobre su práctica.
- A pesar del interés que despierta existen pocos trabajos sobre el colecho, es un tema poco estudiado y que por tanto necesita más investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Gómez M, Izquierdo Macián I, San Feliciano Martín L. Colecho, síndrome de muerte súbita del lactante y lactancia materna. Recomendaciones actuales de consenso. Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. Madrid:2014
2. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna. Madrid: 2017
3. Sánchez Ruiz-Cabello J.. Novedades en colecho y SMSL. Rev Pediatr Aten Primaria . 2014; 16 (Supl 23): 61-63.

BIBLIOGRAFÍA

4. Martín Martín R, Sánchez Bayle M, Teruel de Francisco MC. El colecho en nuestro medio: estudio de casos y controles en las consultas pediátricas de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017; 19 : 15-21.

5. Baddock S.A, Purnell M.T, Blair P.T. The influence of bed-sharing on infant psychology, breastfeeding and behaviour: A systematic review. Sleep Medicine Reviews. 2018 ; Vol 43: 106-117